



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

CÁTIA FREITAS TOMÉ DE ANDRADE

OS MAUS-TRATOS EM IDOSOS

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE GERIATRIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DOUTOR MANUEL TEIXEIRA MARQUES VERÍSSIMO**

MARÇO/2015

Os maus-tratos em idosos

Artigo de Revisão

Cátia Freitas Tomé de Andrade¹; Manuel Teixeira Marques Veríssimo^{1,2}

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

Cátia Freitas Tomé de Andrade

Endereço de correio electrónico: katie.ftandrade@gmail.com

Índice

Resumo.....	3
Palavras-Chave.....	4
Abstract	5
Key-Words	6
Lista de Abreviaturas.....	7
Introdução.....	8
Materiais e Métodos	10
Contextualização dos maus-tratos	11
Maus-tratos: um conceito de difícil definição.....	14
Tipos de maus-tratos	17
Teorias explicativas dos maus-tratos.....	21
Um problema de Saúde Pública	26
<i>Consequências dos maus-tratos</i>	27
<i>Prevalência dos maus-tratos</i>	30
<i>Níveis de Prevenção</i>	34
Prevenção Primordial	34
Prevenção Primária.....	37
Prevenção Secundária.....	40
Prevenção Terciária.....	45
Gestão de casos de maus-tratos	47
Enquadramento legal.....	53
Conclusão.....	55
Agradecimentos.....	57
Referências bibliográficas	58
ANEXOS.....	68
Anexo I – Actual Abuse Tool.....	69
Anexo II – Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST).....	70

Anexo III – Partner Violence Screen (PVS).....	71
Anexo IV – Questions to Elicit Elder Abuse.....	72
Anexo V – Screen for Various Types of Abuse or Neglect	73
Anexo VI – Elder Assessment Instrument (EAI)	74
Anexo VII – Suspected Abuse Tool.....	75
Anexo VIII – Brief Abuse Screen for the Eldery (BASE)	77
Anexo IX – Elder Abuse Suspicion Index (EASI).....	78
Anexo X – HALF Assessment	79
Anexo XI – Indicators of Abuse (IOA) Screen	81
Anexo XII – Risk of Abuse Tool	82
Anexo XIII – Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS)	83
Anexo XIV – Caregiver Abuse Screen (CASE).....	84
Anexo XV – The Modified Caregiver Strain Index (CSI)	85
Anexo XVI – Artigo 72.º da Constituição da República Portuguesa	86
Anexo XVII – Artigos da Constituição da República Portuguesa	87
Anexo XVIII – Artigos 152.º e 152.º-A do Código Penal Português.....	94
Anexo XIX – Correspondência entre os tipos definidos de “condutas violentas” e os crimes previstos no direito português.....	97

Resumo

O envelhecimento demográfico é um fenómeno global que despertou a atenção das diferentes áreas científicas ao realçar problemas de saúde pública, como é o caso dos maus-tratos contra a pessoa idosa. De facto, nas sociedades modernas, observa-se uma enorme diferenciação intergeracional que faz com que os idosos sejam confrontados com estereótipos negativos sobre o processo de envelhecimento e com atitudes idadistas, projetando-se, assim, sobre eles uma representação social gerontofóbica.

É neste contexto, que surge esta revisão da literatura sobre o tema dos maus-tratos ao idoso. Nela, aborda-se a falta de consenso quanto à definição do conceito, a tipologia, os modelos explicativos, a prevalência e os diferentes fatores de risco, bem como as estratégias de avaliação dos maus-tratos e as potenciais medidas interventivas. A legislação em vigor, em Portugal, referente aos maus-tratos sobre a população idosa também constituiu objeto de análise.

Os maus-tratos em idosos são considerados um fenómeno universal. As estimativas de prevalência nas taxas globais variam entre 1% a 5% e de 3,2% a 27,5%. Na Europa estima-se que pelo menos 4 milhões de pessoas idosas experienciem uma situação de maus-tratos no período de um ano. Um estudo realizado em Portugal revelou que, entre os anos de 2011 e 2014, cerca de 12,3% da população idosa foi vítima de, pelo menos, uma conduta de maus-tratos. Os maus-tratos mais frequentes foram: o abuso financeiro (6,3%) e o abuso psicológico (6,3%), o abuso físico (2,3%), a negligência (0,4%) e o abuso sexual (0,2%). No entanto, a ideia de que os maus-tratos são um fenómeno *iceberg* goza de consenso. Assume-se que, por cada caso reportado cinco ficam no esquecimento, o que torna difícil conhecer a real prevalência deste fenómeno.

Este problema atravessa todos os setores da sociedade, independentemente da classe socioeconómica, da raça ou etnia, do nível educacional ou da religião. As razões explicativas,

referenciadas nos diversos estudos, apontam para o facto de, a par de um envelhecimento populacional, não existir um sistema de saúde e de proteção social devidamente preparado para responder eficazmente aos problemas e necessidades das pessoas idosas e das suas famílias. Saliendam, ainda, as consequências devastadoras para as pessoas idosas, nomeadamente a nível físico, psicológico e financeiro, constituindo os maus-tratos uma violação dos direitos humanos que conduz a uma diminuição da qualidade de vida. A nível social acarretam grandes custos económicos na área da saúde e em outros serviços sociais e legais, drenando recursos e requerendo investimento por parte das sociedades.

Este complexo problema de natureza multifatorial assume-se como um desafio para os diversos profissionais que têm de considerar variáveis como a interdependência entre os determinantes individuais, relacionais e culturais. A abordagem e intervenção, nestes casos, deve ser preventiva, realizada por uma equipa multidisciplinar, devendo focar-se nas potenciais vítimas, perpetradores dos maus-tratos e respetivos familiares, de modo a se colmatarem as suas necessidades, erradicando-se eventuais fatores de risco.

Palavras-Chave: Idoso; maus-tratos; prevalência; fatores de risco; intervenção; prevenção.

Abstract

Demographic aging is a global phenomenon that attracted the attention of different scientific areas when it enhanced public health problems, including the mistreatment of the elderly. In fact, in modern societies there is an enormous intergenerational differentiation phase that causes older people to be confronted with negative stereotypes about the aging process and with ageism attitudes, projecting thus on them a geriatric phobic social representation.

It is in this context that this literature review on the subject of elderly mistreatment appears. It addresses the lack of consensus on the definition of the concept, the typology, the explanatory models, the prevalence and different risk factors as well as the abuse assessment strategies and potential interventional measures. The present legislation in Portugal, regarding the mistreatment of the elderly population, has also been object of analysis.

Elderly mistreatment is considered a universal phenomenon. The estimates for its global prevalence rates range from 1% to 5% and from 3.2% to 27.5%. It's estimated that, in Europe, at least 4 million elderly experience one abuse situation per year. A study in Portugal showed that, between the years 2011 and 2014, about 12.3% of the elderly population has been victim of, at least, one conduit of abuse. The most common types of abuse were: financial abuse (6.3%), psychological abuse (6.3%), physical abuse (2.3%), neglect (0.4%) and sexual abuse (0.2%). However, there is a certain consensus in stating that abuse is an iceberg phenomenon, as it's assumed that for every reported case of elderly abuse, there are five unreported cases, making it difficult to know the real prevalence of this phenomenon.

This problem exists in all sectors of society, regardless of socioeconomic class, race or ethnicity, educational level or religion. Several studies state that it can be explained by the fact that, along with an aging population, there isn't a health and social protection system properly prepared to respond effectively to the problems and needs of older people and their

families. It also highlights that mistreatment leads to devastating consequences for older people at several levels, including physical, psychological and financial, constituting a violation of human rights and leading to a decreased quality of life. At the social level, it also causes large economic costs in health care and other social and legal services, draining resources and requiring investment by societies.

This multifactor and complex issue is a challenge for the several professionals, who must consider many variables, as the interdependence between individual, relational and cultural determinatives. The approach and intervention in these cases should be preventive and performed by a multidisciplinary team, focusing on the potential victims, their families and abuse perpetrators, in order to fulfill their needs and eradicate possible risk factors.

Key-Words: Elderly; mistreatment; prevalence; risk factors; intervention; prevention.

Lista de Abreviaturas

AEA – *Action on Elder Abuse*

AMA – *American Medical Association*

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CIG – Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género

GNR – Guarda Nacional Republicana

INE – Instituto Nacional de Estatística

INMLCF,IP – Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses

INPEA – *International Network for the Prevention on Elder Abuse*

MP – Ministério Público

NCEA – *National Center on Elder Abuse*

NEAIS – *National Elder Abuse Incidence Study*

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PJ – Polícia Judiciária

PSP – Polícia de Segurança Pública

WEAAD – *World Elder Abuse Awareness Day*

Introdução

O envelhecimento demográfico, alicerçado na baixa taxa de natalidade e no aumento progressivo da esperança média de vida, é uma realidade a nível mundial, sendo que Portugal não é exceção neste panorama. Segundo dados recolhidos na literatura, Portugal é o nono país com mais idosos, apresentando uma percentagem de 24,5% de pessoas com mais de sessenta anos, num universo de 201 países [1].

Aliado a isto, verifica-se que nas sociedades atuais, se vive uma etapa de enorme diferenciação intergeracional que faz com que os idosos se vejam confrontados com estereótipos negativos sobre o processo de envelhecimento, projetando-se sobre a terceira idade uma representação social gerontofóbica, sendo que esta enquadra uma categoria de indivíduos cujas propriedades são identificadas com isolamento, solidão, doença, pobreza e exclusão social [2]. Atualmente, o envelhecimento é encarado mais como uma carga do que como uma conquista social [3].

Perante este cenário, a Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que, com o dramático aumento da população idosa, as situações de violência e maus-tratos se agravem, particularmente com a rotura de laços familiares e com o enfraquecimento dos sistemas de proteção social. Será, pois, fundamental que as sociedades modernas se preparem para enfrentar um grave problema de saúde pública [4].

Apesar de os maus-tratos a idosos não serem considerados um fenómeno novo [5,6], a velocidade de envelhecimento demográfico conduzirá ao seu aumento em termos absolutos, a menos que sejam tomadas medidas que o previnam [7].

Assim, o presente trabalho assentará numa revisão da literatura sobre o tema dos maus-tratos ao idoso, englobando a problemática da definição, a tipologia, alguns dos modelos explicativos, a prevalência e os diferentes fatores de risco, entre outras questões

relacionadas com estratégias de avaliação dos maus-tratos e com potenciais medidas interventivas.

Materiais e Métodos

Considerando as diversas implicações dos maus-tratos aos idosos e as diferentes áreas de estudo envolvidas nesta temática, para a concretização deste trabalho de revisão foram realizadas várias pesquisas à medida que os mais variados assuntos foram surgindo a partir da literatura. Deste modo, a pesquisa inicial propriamente dita começou por ter um carácter exploratório, tendo sido efetuada na base de dados electrónica, o *PubMed*.

Complementarmente, foram feitas outras buscas mais específicas e direcionadas em periódicos, revistas, livros e sites de organizações governamentais, intergovernamentais, não governamentais (ONGs), académicas e sociais. Para além dessas, e procurando conhecer a realidade portuguesa relativamente a este tema, foi, também, analisada a legislação vigente no caso dos maus-tratos sobre a população idosa.

Finalmente, muitas referências foram identificadas através das listas de referência de publicações previamente selecionadas, em pesquisas dirigidas na internet, em geral, através do *Google* e em recomendações pessoais do professor orientador. Os termos de pesquisa mais utilizados foram: *elder abuse*, *elder mistreatment*, *elder abuse prevalence*, *elder abuse and screening*, *elder abuse risk factors* e *elder abuse intervention*, bem como os seus correspondentes em português.

Assim, procurou-se, numa perspetiva metodológica, sustentar o presente trabalho de revisão numa forte componente teórica, através de uma investigação fundamentada em bibliografia e pesquisa digital, quer a nível global, quer a nível nacional, tentando compreender a situação da sociedade portuguesa face a este tópico.

Inicialmente, houve uma tentativa de limitar a pesquisa ao período compreendido entre os anos 2000-2015, no entanto, a escassez de dados obtidos na pesquisa primária sobre os maus-tratos em idosos, levou a que se alargasse a pesquisa, incluindo um número significativo de publicações anteriores a 2000.

Contextualização dos maus-tratos

Apesar de, atualmente, a problemática dos maus-tratos contra os idosos já não ser totalmente desconhecida pela população em geral, continua a ser um fenómeno mais invisível que os maus-tratos a crianças e a mulheres, sendo por isso uma área onde a pesquisa primária e a produção de conhecimento são menores [8].

Na verdade, foi, em parte, devido ao crescente reconhecimento público da violência doméstica e abuso infantil ao longo das últimas décadas, que se começou a ter um maior conhecimento social sobre o fenómeno dos maus-tratos contra idosos, afirmando-se estes como uma realidade nas sociedades modernas [9].

É neste contexto que, em 1975, esta problemática surgiu descrita pela primeira vez na literatura científica e médica sob a designação de *granny battering*, em publicações no *Modern Geriatrics* e no *British Medical Journal* [10,11]. Apesar de só ter surgido na literatura nos anos 70, as tentativas formais para ajudar os idosos mais vulneráveis iniciaram-se pelo menos duas décadas antes com a criação das então designadas “unidades de serviços de proteção” [12], sendo que relatos de maus-tratos em lares de acolhimento motivaram estudos cada vez mais aprofundados por parte de comités especializados do Senado Americano [9].

No entanto, foi necessário aguardar aproximadamente uma década até que a problemática dos maus-tratos contra os idosos começasse a ser alvo de estudos e trabalhos progressivamente mais sistemáticos, dos quais se salientam os realizados nos Estados Unidos da América [13], no Canadá [14] e, posteriormente, no Reino Unido [15].

Importa salientar o papel dos Estados Unidos da América, que para além de ter sido um dos primeiros países a tomar consciência da situação dos idosos alvo de maus-tratos, continua, nos dias de hoje, a produzir imensos estudos, leis e guias de intervenção [9]. De facto, foram as diversas propostas do congressista americano Claude Pepper [16] e do seu subcomité especializado no envelhecimento que, a partir dos anos 70, acabaram por conduzir,

alguns anos depois, à criação do *National Center on Elder Abuse* (NCEA) [12]. Um dos estudos desenvolvido por este centro foi o famoso e frequentemente citado *National Elder Abuse Incidence Study* (NEAIS), que estimou que, em 1996, 449,924 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos foram vítimas de abuso ou negligência em contexto doméstico [17].

Para além dos Estados Unidos da América, também o Reino Unido desempenhou um papel importante neste domínio, salientando-se, em 1989, a conferência da Sociedade Britânica de Geriatria intitulada *Abuse of Eldery People: an Unnecessary and Preventable Problem* e, em 1993, a criação da organização *Action on Elder Abuse* (AEA) [9,18,19].

Outro marco igualmente relevante para uma melhor compreensão deste assunto ocorreu com a inclusão, por parte da Organização das Nações Unidas (ONU), da questão dos maus-tratos aos idosos no *Plano de Ação da II Assembleia Mundial do Envelhecimento*, que se realizou em Madrid em 2002 [3].

Contudo, foi em 1997, aquando da realização do *XVII Congresso Mundial de Gerontologia*, que foi dado um passo decisivo ao ser fundada a organização *International Network for the Prevention on Elder Abuse* (INPEA). Esta é apoiada pela ONU e pela OMS e tem como principais objectivos: aumentar a consciência pública para o fenómeno dos maus-tratos; promover a educação e treino de profissionais na identificação, no tratamento e na prevenção destas situações; advogar a causa dos idosos abusados e negligenciados, e estimular a pesquisa de causas, consequências, prevalência, prevenção e tratamento de maus-tratos aos idosos [9,20]. Com o intento de fornecer ferramentas que possibilitassem uma intervenção eficaz neste fenómeno, a OMS publicou, em novembro de 2002, a Declaração de Toronto para a prevenção global dos maus-tratos contra os idosos [21].

No que diz respeito a Portugal, este tema foi abordado pela primeira vez em 1997, aquando da realização das XII Jornadas Geriátricas do Centro, numa conferência proferida pelo Professor Doutor Duarte Nuno Vieira intitulada “O idoso maltratado” [9]. Nos anos que

se seguiram foram-se realizando, a nível nacional, diversos estudos e publicações nesse âmbito, dos quais se podem salientar o “Manual Títono - Para o Atendimento a Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência” desenvolvido pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) [22], bem como o projeto “Envelhecimento e Violência” coordenado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, entre os anos de 2011 e 2014 [23]. Adicionalmente, existem em Portugal várias instituições governamentais e não governamentais que se têm destacado na problemática dos maus-tratos contra os idosos, entre as quais o Provedor de Justiça através da Linha do Cidadão Idoso e a APAV.

Finalmente, importa salientar que, numa tentativa de sensibilizar as sociedades em geral para este fenómeno, a ONU em parceria com a INPEA declarou, em 2006, o dia 15 de junho como o *World Elder Abuse Awareness Day* (WEAAD) [9].

Decorrente da tomada de consciência deste problema social, têm sido várias as tentativas para se encontrar uma definição consensual de maus-tratos a idosos.

Maus-tratos: um conceito de difícil definição

Ao longo dos últimos anos foram-se verificando esforços crescentes por parte de diversos investigadores e organizações, com o intento de se chegar a uma definição de maus-tratos a idosos que fosse suficientemente abrangente e capaz de incluir todas as suas facetas. Esta tentativa de encontrar uma definição que pudesse ser aceite a nível global tornou-se um assunto complexo, na medida em que as dificuldades são inúmeras, entre as quais: a variedade de termos existentes para o definir, encerrando em si próprio diversos significados, consoante o autor e o contexto em que se encontram, como por exemplo maus-tratos, abuso, violência, negligência, abandono,...; a vastidão de tipologias de maus-tratos; a multiplicidade de envolvidos na temática: os idosos, os seus familiares, os profissionais de saúde, as instituições e até a própria sociedade no seu conjunto; a pluralidade de cenários nos quais podem ocorrer, desde o próprio domicílio ou o de familiares, passando pelos hospitais e outros centros de cuidados primários, lares e outras instituições; as variáveis, muitas vezes dicotómicas, em que definições deste tipo incidem (ação-omissão, intencionalidade-não intencionalidade, entre outras) e que influenciam de modo relevante a abordagem dos casos, a nível familiar, profissional, social e legal; as distintas percepções sociais, culturais e étnicas sobre esta problemática que deverão ser consideradas [3].

De facto, a dificuldade em definir o conceito de maus-tratos é um tema recorrente na literatura, havendo uma variedade de propostas de definição por parte dos diferentes especialistas [24-26].

Assim, as propostas com maior divulgação são as que possibilitam a identificação legal dos maus-tratos, perspetivando a defesa das vítimas e a penalização daqueles que maltratam [27,28]. Por seu turno, a *American Medical Association* (AMA) define esta questão como "um ato de comissão ou omissão que resulta em dano ou ameaça de dano à saúde ou bem-estar de uma pessoa idosa" [29].

Segundo vários autores, um dos maiores desafios da década de 90, quando se iniciaram os estudos internacionais mais sistematizados sobre a violência contra os idosos, foi a questão da terminologia [30,31]. Para Perel-Levin, a falta de consenso no que respeita à definição de maus-tratos no idoso resulta da utilização de várias teorias explicativas que, apesar de convergirem em determinados fatores, criam uma multiplicidade de conceitos [7].

No que diz respeito aos diversos conceitos utilizados para se referir a esta problemática, salientam-se os termos “maus-tratos” e “abuso” de idosos. No entanto, de acordo com alguns autores, é mais correto utilizar a expressão maus-tratos, de forma a incluir o abuso, a negligência e a auto-negligência [32-34]. Corroborando esta perspectiva, Bernal e Gutiérrez afirmam que o termo abuso alude a uma intencionalidade, que nem sempre estará presente nos diferentes casos de maus-tratos [3]. Vários autores exploraram esta noção de intencionalidade [35-37], sendo que, para Browne e Herbert, os maus-tratos podem assumir uma vertente passiva, ou seja, não intencional que se manifestaria pela negligência, e uma vertente ativa, isto é, intencional que corresponderia ao abuso propriamente dito [38].

Por tudo isto, é compreensível que um dos primeiros obstáculos à investigação deste fenómeno social esteja relacionado com a falta de consenso existente na definição conceptual e operacional do mesmo: violência, maus-tratos e negligência são termos frequentemente utilizados em linguagem corrente, à semelhança do que ocorre em outros países, a saber: *elder abuse*, *elder maltreatment* e *neglect*, em inglês, ou o *maltraitance*, *violence* e *victimisations*, em francês. De facto, esta multiplicidade de noções empregues para um mesmo fenómeno revela sérias limitações conceptuais, não só porque não são utilizados os mesmos termos, as mesmas categorias de análise, como o mesmo significado, variando de um país para o outro, havendo o risco de se deturpar, muitas vezes, o significado original [23,39]. De acordo com o NCEA, esta panóplia de definições e conceitos é uma das principais responsáveis por a

realidade do problema permanecer oculta, uma vez que torna difícil a identificação precisa das ações ou ausência das mesmas que correspondem a maus-tratos [40].

Atualmente, a definição de referência, e aquela que reúne maior consenso entre os diferentes especialistas nesta área, é a desenvolvida em 1993 pela organização AEA, subsequentemente adoptada pelas INPEA e OMS, em 2002, na Declaração de Toronto: "qualquer ato isolado ou repetido ou a ausência de ação apropriada, que ocorre em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança e que cause dano ou incómodo a uma pessoa idosa" [41-43]. É importante notar que esta definição exclui atos de violência ou comportamentos criminosos, aleatórios, contra os idosos, podendo incorrer no risco de ser limitativa. O conceito de dano presente, embora sobreponível, não é necessariamente sinónimo nem implica atos criminosos [7,44]. De igual modo, o fenómeno da auto-negligência também não parece encaixar nesta definição, que tem por base uma noção de quebra ou traição de confiança no contexto de uma relação [45].

Tendo por base esta definição, pode considerar-se a existência de três eixos essenciais: em primeiro lugar, um vínculo *a priori* significativo e personalizado, que gera uma expectativa de confiança; de seguida, um resultado de dano ou risco significativo de dano (condição necessária, mas não suficiente); finalmente, a intencionalidade ou não intencionalidade (a intencionalidade seria uma condição suficiente, mas não necessária) [3].

Por fim, importa salientar que o conceito de idoso não goza de unanimidade, sobretudo no que se refere ao limite etário mínimo para se ser considerado como tal. Assim, a ONU define este limite nos 60 anos. Por seu turno, em termos socioeconómicos, a OMS classifica cronologicamente como idosos as pessoas com mais de 65 anos, em países desenvolvidos, e com mais de 60 anos, em países em desenvolvimento [4,46].

Tipos de maus-tratos

Um dos problemas na realização de estudos sobre os maus-tratos ao idoso diz respeito à dificuldade em dividi-los em categorias e tipologias globalmente aceites e que, simultaneamente, incluam as suas múltiplas facetas. Alguns autores afirmam que os maus-tratos a idosos se apresentam sob várias formas e que as tentativas para as definir têm sido precárias [47]. Assim, e após uma análise da literatura sobre o tema, verifica-se a existência de várias propostas para tipologias de maus-tratos, sendo que Aravanis e colaboradores referem ter contabilizado no mínimo trinta e três formas [9,12,48].

Não obstante esta panóplia de tipologias, muitos autores [6,28,49,50] agrupam-nas em sete categorias de maus-tratos, conforme o que foi proposto pelo NCEA [17,51]: abuso financeiro ou material, abuso físico, abuso psicológico ou emocional, abuso sexual, abandono, negligência e auto-negligência (tabela 1).

TIPOS DE MAUS-TRATOS	CARACTERÍSTICAS	EXEMPLOS
Abuso financeiro/material	Uso ilegal, inapropriado ou desautorizado de recursos financeiros, fundos, propriedades ou bens da pessoa idosa.	Roubo, transferência de dinheiro ou propriedades e desconto de cheques sem consentimento, forjar ou coagir a assinatura de um documento ou contrato, uso indevido de tutela, guarda ou procuração.
Abuso físico	Produção de dor ou dano físico.	Esbofetear, pontapear, empurrar, atirar com objeto, queimar, uso inadequado de medicamentos e restrições físicas, alimentação forçada, e castigos físicos.

Abuso psicológico/emocional	Produção de sofrimento, angústia ou aflição por meio de atos verbais ou não verbais.	Agressões verbais, ameaças, humilhação, infantilização, insultos, intimidação, isolamento social e "tratamento do silêncio".
Abuso sexual	Inclui contatos sexuais não consentidos de qualquer tipo ou conversas com conteúdo sugestivo.	Toque indesejado, agressão sexual ou estupro, sodomia e nudez forçada.
Abandono	Ausência ou deserção, por parte do responsável, da prestação de cuidados necessários ao idoso.	Deserção de idoso num hospital ou noutro local público.
Negligência	Incapacidade, fracasso ou recusa em prestar os cuidados imprescindíveis ao bem-estar do idoso.	Falha em satisfazer necessidades básicas como comida, água, vestuário, abrigo, assistência sanitária e higiene pessoal, cuidados médicos, conforto e segurança pessoal.
Auto-negligência	Conduta da pessoa idosa que ameaça a sua própria saúde ou segurança (excluindo situações de pessoas mentalmente capazes).	Recusa ou fracasso em prover a si mesma cuidados adequados, em termos de alimentação, água, vestuário, abrigo, assistência sanitária e higiene pessoal, cuidados médicos, conforto e segurança pessoal.

Tabela 1: Tipos de maus-tratos, adaptados do NCEA e da OMS

De acordo com alguns autores, é possível fazer uma distinção entre negligência ativa e passiva, entendendo-se por negligência ativa corresponde à negação ou fracasso intencional no cumprimento das ações necessárias ao bem-estar do idoso e por negligência passiva a que consiste em não prover, de modo não intencional, as necessidades básicas e os cuidados necessários à pessoa idosa [12,52].

A grande parte das definições propostas pelos diferentes especialistas acaba por convergir para esta tipologia apesar de, por vezes, tendo em consideração a relevância concedida pelos autores, se incluir ou excluir um determinado tipo de maus-tratos. Um exemplo evidente, são os vários autores que concordam com a categorização em cinco tipos utilizada pela OMS: abuso financeiro ou material, abuso físico, abuso psicológico ou emocional, abuso sexual e negligência [41,42,44,53,54].

Para além destes tipos, a INPEA e a OMS adicionam como categoria o abuso estrutural e da sociedade, correspondendo este a qualquer tipo de comportamento, por parte de partidos, governos ou outras instituições, que promova a exclusão das pessoas idosas a nível social, cultural, político e económico e à incapacidade destas entidade em suprir as necessidades básicas dos idosos, incluindo como exemplos a falta de recursos para apoiar as pessoas idosas (inexistência de subsídios para a habitação ou de equipamentos específicos) e a falta de rendimentos (reformas ou subsídios), entre outros [41,42]. De igual modo, a ONU refere a existência de abuso por parte do sistema socioeconómico, afirmando a possibilidade de marginalização dos idosos através de políticas sociais e económicas discriminatórias [55].

A INPEA e a OMS acrescentam, ainda, a falta de respeito e o preconceito contra as pessoas idosas como tipologia de abuso. Assim, fala-se em *ageism* (idadismo), termo utilizado pela primeira vez por Butler, definindo-se como um processo de “estereótipos e discriminação sistemática contra as pessoas por elas serem idosas, da mesma forma que o racismo e o sexismo o fazem com a cor da pele e o género” [56,57]. De acordo com alguns

autores, o idadismo constitui uma forma de discriminação contra ou a favor de um determinado grupo etário, baseada simplesmente na idade dos indivíduos [58,59]. O *ageism* pode manifestar-se a três níveis: pessoal, relacionando-se com crenças e sentimentos individuais relativos ao envelhecimento, cultural, prendendo-se com a sobrevalorização dos aspetos e dos estereótipos negativos relativos às pessoas idosas, e estrutural, dizendo respeito a uma conjuntura económica que retira vantagens às pessoas idosas através da reforma compulsiva ou forçada, de baixas pensões ou de acessos limitados aos cuidados de saúde [60,61].

Algumas publicações mencionam, ainda, como abuso a violação dos direitos constitucionais ou legais dos idosos [62,63]. Para além disso, também é possível encontrar na literatura múltiplas referências a estudos das mais variadas índoles como, por exemplo, sobre o abuso institucional ou sobre o abuso de idoso por parceiro íntimo (*elder intimate partner abuse*), que correspondem a contextos particulares nos quais se expressam, de maneira combinada ou isolada, as formas de abuso acima mencionadas [9,64].

Assim, estudos comparativos de várias culturas mostram que as pessoas idosas de todas as classes sociais, estatutos socioeconómicos, etnias e religiões são vulneráveis aos maus-tratos, que podem ocorrer nos mais diversos cenários: no seio da família, em ambiente doméstico, em instituições públicas e privadas (lares, centros de dia, residências para idosos, centros de saúde, hospitais, etc.), na rua, nos transportes públicos, entre outros [3,4,7,30,65]. Note-se que, em muitos casos, os vários tipos de maus-tratos ocorrem em simultâneo e ao longo do tempo, sendo suscetíveis de aumentar em frequência e severidade [22,66,67].

Os maus-tratos constituem, pois, uma violação dos direitos humanos, acarretando uma diminuição da qualidade de vida da pessoa idosa [68].

Teorias explicativas dos maus-tratos

De forma a aprofundar a origem dos maus-tratos em idosos, é relevante a compreensão das diversas abordagens teóricas que procuram explicar este fenómeno. Assim, são vários os modelos teóricos explicativos, sendo que grande parte desses foram extrapolados de teorias propostas para compreender as origens do abuso de crianças e da violência doméstica [7,9,34,53,54,69]. Assim, as teorias explicativas mais referenciadas, para a explicação e interpretação dos comportamentos conducentes a situações de maus-tratos contra a pessoa idosa, são as seguintes [3,7,25,28,52,70]:

- **Modelo do *stress* situacional** - Segundo este modelo, os maus-tratos representam um fenómeno situacional, potenciado pelo *stress* vivenciado pelo cuidador. Esse estado de *stress* pode ser potenciado pela incapacidade física ou mental do idoso, bem como por condições socioeconómicas desfavoráveis e por baixas estratégias de *coping* por parte do cuidador. Por outras palavras, o *stress* do cuidador, muitas vezes sobrecarregado, constitui um ambiente favorável à ocorrência de maus-tratos.
- **Teoria da troca social** - De acordo com esta teoria, as relações humanas são transações que procuram maximizar os ganhos (benefícios ou recompensas) e minimizar os custos (perdas). Assim, ter-se-ia a tendência de manter as relações nas quais os ganhos excedem os custos e a terminar aquelas em que os custos ultrapassam os ganhos. Ou seja, cada relação deveria ser marcada pela reciprocidade ou pela igualdade de recompensas experienciadas por ambos os lados. No entanto, o processo de envelhecimento leva, normalmente, a que as pessoas se tornem mais dependentes, o que no seu entender, lhes confere um estatuto social mais diminuto. Tal fato conduz a desequilíbrios nas trocas sociais entre o idoso e o seu cuidador, podendo fazer com que este último sinta um maior poder mas, simultaneamente, um menor benefício na

relação. Resumidamente, esta teoria defende que a percepção subjetiva de uma menor recompensa emocional por parte do cuidador, relativamente à vítima, potencia este fenómeno.

- **Modelo da violência transgeracional** - Este modelo tem o seu enfoque na perpetuação do ciclo de violência familiar em que o idoso, vítima de abuso, assumiu ele próprio, no passado, comportamentos de cariz abusivo para com os filhos ou outros familiares. Assim, de acordo com este modelo, os maus-tratos são fruto de uma aprendizagem, ao longo do desenvolvimento dos indivíduos, adquirida quer por observação quer por experiência própria de abuso, que se perpetuaria de geração em geração. Sintetizando, as crianças maltratadas ou abusadas, tornar-se-iam elas próprias perpetradoras de maus-tratos.
- **Modelo da violência bidirecional** - Este modelo explicativo defende que o ambiente partilhado e vivenciado pelo idoso e pelo seu cuidador propicia a agressão mútua, daí a utilização do termo bidirecional. Segundo Steinmetz [71], autor que deu o nome a este modelo, em muitos casos há mais violência por parte de quem recebe os cuidados, do que por parte do cuidador. Este fenómeno de violência bidirecional parece ser típico de famílias cujos membros, ao longo do seu ciclo de desenvolvimento, tentam exercer controlo uns sobre os outros, gritando, batendo ou ameaçando.
- **Modelo da interação simbólica** - Esta abordagem defende que relativamente a esta temática, não são apenas os comportamentos da vítima e seu cuidador que estão em causa, mas também a interpretação que cada qual faz do comportamento do outro. Dito de outro modo, em muitos casos pesa mais a interpretação que o cuidador faz do seu grau de sobrecarga, do que o grau de intensidade da própria carga em si. Assim, este modelo baseia-se na aprendizagem social e afirma que os responsáveis pelos

maus-tratos aprendem a ser violentos presenciando atos de violência e que as vítimas aprendem a aceitar esses mesmos atos como normais.

- **Modelo da psicopatologia do perpetrador** - Este modelo relaciona o risco de abuso com as características do abusador, particularmente com problemas emocionais, de saúde mental ou outros comportamentos aditivos, como por exemplo, o consumo de álcool e drogas. Os comportamentos abusivos surgem, então, no contexto da diminuição da saúde mental e cognitiva do agressor como, por exemplo, esquizofrenia e psicoses.
- **Teoria feminista** - Esta teoria baseia-se em modelos propostos para a explicação da violência doméstica, em que esta surge como meio de afirmação de poder por parte dos indivíduos do sexo masculino. Defende, pois, um modelo fundado no desequilíbrio de poder existente, entre homens e mulheres, no que diz respeito ao domínio da relação existente.
- **Teoria das políticas económicas** - Afirma que a violência resulta de questões estruturais e de situações de marginalização dos idosos por parte da sociedade. Segundo esta teoria, os maus-tratos são mais passíveis de ocorrer quando um idoso se vê forçado a encontrar um cuidador ou outro tipo de apoio, após uma perda financeira ou uma diminuição no seu grau de independência.

A falta de unicidade nestas explicações teóricas pode encontrar justificação na heterogeneidade de fatores de risco existentes para os maus-tratos contra o idoso. Os modelos e teorias descritos anteriormente focam apenas aspetos muito particulares dos maus-tratos, versando características individuais de vítimas e abusadores ou, então, a influência da sociedade, o que se traduz numa interpretação deficitária da realidade quando utilizados isoladamente. Por esse motivo, Perel-Levin afirma que muitos investigadores e especialistas têm vindo a adotar o designado **modelo ecológico** que explora as interações entre os fatores

relativos ao próprio indivíduo e aqueles relacionados com o contexto onde o mesmo se encontra inserido. Por outras palavras, considera os maus-tratos como o resultado de uma complexa interação entre as características individuais da pessoa, as da comunidade em que vive, relações interpessoais e outros fatores, como políticas e normas sociais. Assim, o modelo ecológico permite que os maus-tratos a idosos sejam abordados como uma questão social mais abrangente [7,9,53].

Seguindo a mesma ordem de ideias, o projeto “Envelhecimento e Violência” [23] aborda o modelo socioecológico, derivado do modelo ecológico de Bronfenbrenner [72], que permite um enquadramento teórico dos maus-tratos, multifatorial e compatível com a complexidade da problemática, sendo que, neste modelo, se procura explicar o fenómeno por uma heterogeneidade de causas, agrupadas em 4 níveis e sistemas ambientais:

- O **nível macro** diz respeito aos fatores estruturais, incluindo o sistema jurídico da pessoa idosa vítima de maus-tratos e a trajetória institucional da denúncia e de proteção, bem como ao sistema de crenças, valores, normas culturais e atitudes sociais face ao idadismo e à violência, que são determinantes no estatuto social do idoso.
- Os **níveis exo** e **meso** relacionam-se com o sistema de relações laborais, nomeadamente o desemprego, a instabilidade laboral e os recursos financeiros, e com as redes sociais de suporte (formal e informal). Assim, o meso sistema inclui as inter-relações entre dois ou mais contextos como, por exemplo, as relações existentes entre a família, a atividade laboral e a vida social. Por sua vez, o exo sistema engloba contextos indiretos à pessoa, como o trabalho de um familiar.
- O **nível micro** centra-se na família enquanto principal contexto de desenvolvimento, abordando o tipo de relações familiares: conjugais, filiais, entre outras. Deste modo, o micro sistema inclui as características individuais que podem potenciar o risco de um indivíduo se tornar vítima (o sexo, a idade, a situação de incapacidade física e/ou

mental, etc.) ou agressor (o sexo, a idade, os traços de personalidade, os problemas de saúde mental ou aditivos, a falta de apoios sociais, entre outros), bem como os fatores de risco relacionados com o contexto em que se insere a relação (a coabitação, a história familiar de violência/transmissão intergeracional e o isolamento social).

Um problema de Saúde Pública

Até meados do século XX, os maus-tratos a idosos mantiveram-se um assunto privado, escondido da opinião pública. Inicialmente encarados como uma questão de bem-estar social e, posteriormente, como um problema inerente ao processo de envelhecimento, os maus-tratos a idosos assumem-se atualmente como uma preocupação em termos de saúde pública [42]. Apesar de, numa primeira fase terem sido identificados em países desenvolvidos, os maus-tratos constituem um fenómeno universal, sendo que a sua crescente investigação, reflete uma preocupação de abrangência mundial, em relação aos direitos, igualdade de géneros, à violência e ao envelhecimento da população [42,65]. Deste modo, considera-se que esta problemática existe em todos os setores da sociedade, independentemente da classe socioeconómica, da raça ou etnia, do nível educacional ou da religião.

Esta realidade pode encontrar explicação no fato de, a par de um envelhecimento populacional, não existir um sistema de saúde e de proteção social devidamente preparado para responder eficazmente aos problemas e necessidades dos idosos e das suas famílias. Assim, a prevenção dos maus-tratos tem de ser perspectivada como um assunto multidisciplinar a nível de políticas sociais, de saúde e de educação sobretudo se se tiver conta que, para além de conduzir a uma diminuição da qualidade de vida da pessoa idosa, este fenómeno também acarreta grandes custos económicos na área da saúde e em outros serviços sociais e legais, drenando recursos e requerendo investimento por parte das sociedades [4].

Consequências dos maus-tratos

Os maus-tratos apresentam consequências devastadoras para as pessoas idosas, tais como diminuição da qualidade de vida, aumento dos níveis de *stress*, sensação de insegurança e impotência, problemas de saúde e aumento da mortalidade e morbidade [7,9,54,73]. Segundo a Declaração de Toronto para a prevenção global dos maus-tratos contra os idosos, este fenómeno constitui uma violação dos direitos humanos, bem como uma importante causa de lesão, doença, perda de produtividade, isolamento, desespero e aflição [4,21,42].

Para os idosos, as consequências dos maus-tratos podem ser especialmente graves, uma vez que, à partida, são fisicamente mais fracos e mais vulneráveis do que os adultos mais jovens, demorando mais tempo a convalescer. Assim, mesmo uma lesão relativamente pequena pode causar danos graves e permanentes. Para além disso, o impacto que os maus-tratos, tanto a nível físico como psicológico, têm na saúde de uma pessoa idosa é agravado pelo próprio processo de envelhecimento e doenças a ele associadas, pelo que pode ser mais difícil para o idoso abandonar um relacionamento abusivo ou tomar decisões corretas, devido a possíveis défices físicos e cognitivos inerentes ao ato de envelhecer [4,12,42,74].

Outro aspeto que se deve ter em consideração, é que grande parte das pessoas idosas sobrevive com rendimentos bastante limitados, de modo que a perda dos mesmos ou apenas de uma pequena soma de dinheiro pode ter um impacto significativo. De igual modo, podem estar mais ou menos isolados da restante comunidade, viverem sozinhos ou doentes, situações que os tornam mais suscetíveis a serem alvos de esquemas fraudulentos [42].

No que diz respeito aos efeitos a nível emocional, estes também podem ser graves, provocando-lhes medo, apatia, tristeza, raiva, revolta, frustração e isolando-se da família e amigos [22,75,76]. O espectro de consequências com impacto psicológico inclui pioria da qualidade de vida, ansiedade, angústia, sentimentos de culpa, insegurança, desconfiança, depressão, falta de autoestima, perturbações psicossomáticas, distúrbios do sono e stress pós-

traumático. Em casos mais severos e duradouros podem inclusivamente haver pensamentos e/ou tentativas suicidas.

Segundo vários autores, as atitudes sociais relacionadas com o idadismo, bem como outros estereótipos associados ao envelhecimento, podem conduzir à desvalorização e marginalização da pessoa idosa e, conseqüentemente, a uma diminuição da autoestima e a um aumento da probabilidade de exclusão social, situações que comprometem a capacidade de o idoso ter uma vida plena [22,42,77].

Existem, ainda, alguns estudos que sugerem que os maus-tratos a idosos estão associados a um maior número de acessos aos serviços de urgência, a hospitalizações por períodos mais prolongados, a casos de institucionalização e a um aumento da mortalidade prematura [9,33,74,78-80]. Para além disso, muitas mortes de idosos tanto em contexto institucional como doméstico foram atribuídas a causas indeterminadas, naturais ou acidentais quando, na realidade, foram consequência de comportamentos abusivos ou negligentes [42].

Posto isto, outra questão importante relacionada com as consequências dos maus-tratos contra idosos, prende-se com o impacto económico, mais concretamente com os custos que acarreta para a sociedade [4]. Assim, há que considerar os custos diretos, que incluem o aumento dos gastos em saúde para tratamento destas pessoas e serviços para identificar e reabilitar quer as vítimas quer os abusadores. Em ambientes de prestação de cuidados, estes custos compreendem serviços para a prevenção dos maus-tratos (identificação de casos, treino de pessoal e recursos adequados) e para a intervenção dos mesmos (desenvolvimento de protocolos, investigações,...). Os idosos vítimas de maus-tratos podem necessitar de apoios comunitários, tais como suporte domiciliário ou até mesmo necessidade de institucionalização, gestão do seu caso e cuidados de longa duração. De igual modo, este fenómeno acarreta custos indiretos, devido a recursos desperdiçados, como a redução da produtividade dos cuidadores, a perda de qualidade de vida e a falta de investimento de

capital social. Em casos extremos, também se consideram os custos associados com a perda de vidas.

Na verdade, de acordo com Bond e Butler, bilhões de dólares são gastos anualmente com os idosos vítimas de maus-tratos [81] e, embora os custos económicos não estejam devidamente quantificados na região europeia, estima-se que estes estejam na ordem dos milhares de milhões de euros [4].

Avaliando os custos em saúde relacionados com situações de maus-tratos, tanto numa perspectiva social como numa perspectiva individual, facilmente se percebe os avultados benefícios que poderão resultar da implementação de medidas preventivas.

Finalmente, importa referir que um dos aspetos que parece ter recebido menor atenção, por parte dos diferentes especialistas, é precisamente o impacto dos maus-tratos sobre a pessoa idosa, visto que, existem poucos estudos cujo enfoque seja examinar as consequências dos maus-tratos e estabelecer a distinção entre estas e as consequências associadas ao processo natural de envelhecimento [4,42,82].

Prevalência dos maus-tratos

O envelhecimento demográfico é realmente um fenómeno irreversível que está a ocorrer nas sociedades modernas e que abalará os equilíbrios individuais e coletivos, no que diz respeito às diferentes fases do ciclo de vida humano [83].

Prevê-se que até ao ano de 2025, a população mundial com 60 ou mais anos de idade sofra um aumento substancial, passando de 542 milhões em 1995 para cerca de 1,2 biliões, sendo que em 2050 esta faixa etária poderá corresponder a cerca de um terço da população global [4,42].

As sociedades atuais, entre as quais as europeias, veem-se confrontadas com um desequilíbrio intergeracional devido a um acentuado envelhecimento das estruturas etárias [83].

Concretamente, em Portugal, a proporção de idosos (pessoas com 65 ou mais anos) cresceu para 19% entre os censos 2001 e 2011. O índice de envelhecimento da população foi de 136 em 2013, o que significa que por cada 100 jovens existiam 136 idosos. De acordo com o *cenário central* das projeções demográficas elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), estima-se que a população com 65 ou mais anos residente em Portugal atinja os 32% do total da população em 2060 [84].

Perante este cenário de envelhecimento demográfico, a OMS prevê que as situações de violência e maus-tratos se agravem [4]. Assim, torna-se essencial conhecer as condições de ocorrência, bem como os fatores de risco associados a este fenómeno, de modo a que se possam definir estratégias eficazes de intervenção pública [23].

Como já foi referido, os maus-tratos contra a pessoa idosa são objeto de estudo recente [28]. A primeira investigação de base populacional foi desenvolvida por Pillemer e Finkelhor, em 1988, nos Estados Unidos, com o objetivo de estimar a prevalência deste problema [13]. Assim, considerando os diferentes estudos de revisão sistemática subsequentes, sobre

inquéritos de base populacional, é possível encontrar estimativas para as taxas globais de prevalência de maus-tratos que variam desde 1% a 5% [85] e de 3,2% a 27,5% [86]. Por sua vez, a OMS estima que na região europeia pelo menos 4 milhões de pessoas idosas experienciam maus-tratos durante um ano [4].

No entanto, importa referir que existe um certo consenso em afirmar que os maus-tratos são um fenómeno *iceberg*, na medida em que a maioria dos casos não é detetada [3,80]. Na mesma ordem de ideias, Wolf alega que por cada caso de maus-tratos a idosos denunciados às devidas autoridades, se pode assumir a existência de 5 casos por reportar [34]. Considera-se, por isso, que em termos estatísticos, é difícil determinar a real incidência e prevalência dos maus-tratos à pessoa idosa, atendendo a que tanto a vítima como o perpetrador tendem a negar o problema [3,4,76,86].

Nos últimos anos, realizaram-se dois estudos a nível europeu, que abrangeram Portugal, sobre a prevalência dos maus-tratos a idosos [23]. O primeiro foi desenvolvido no âmbito do projeto ABUEL [87] e revelou que os maus-tratos psicológicos foram os mais prevalentes (21,9%), seguidos dos financeiros (7,8%), físicos (2,1%) e sexuais (1,3%). O segundo estudo integrou o projeto AVOW [88] e teve por base uma amostra nacional de mulheres com 60 ou mais anos a residir em domicílios particulares e mostrou que em Portugal cerca de 39,4% destas mulheres foram vítimas de maus-tratos (nos doze meses anteriores), sendo que o abuso psicológico era o mais frequente (32,9%), seguido do abuso financeiro (16,5%), da violação dos direitos pessoais (12,8%), da negligência (9,9%), do abuso sexual (3,6%) e do abuso físico (2,8%). Outros estudos, tanto a nível nacional como internacional, apontam como principais perpetradores dos maus-tratos os familiares diretos, sobretudo cônjuges/companheiros e filhos das vítimas [23]. De igual modo, verificou-se que, enquanto o abuso físico e sexual é exercido maioritariamente pelos parceiros do sexo masculino [76,89], o abuso financeiro é sobretudo cometido pelos filhos e outros familiares [89,90].

Segundo o projeto “Envelhecimento e Violência” coordenado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, entre os anos de 2011 e 2014, cerca de 12,3% da população com 60 ou mais anos foi vítima de, pelo menos, uma conduta de maus-tratos, nos 12 meses anteriores à entrevista, por parte de um familiar, amigo, vizinho ou profissional remunerado. Destas pessoas, cerca de 3,4% referiu ter experienciado mais do que um tipo de maus-tratos. Os abusos financeiro e psicológico foram os mais frequentes, afetando cada um deles 6,3% da população, seguindo-se o abuso físico (2,3%), a negligência (0,4%) e o abuso sexual (0,2%). Considerando os maus-tratos em geral, os principais perpetradores foram outros familiares (27%), descendentes (16,1%), (ex)cônjuges ou (ex)companheiros (13,4%) e amigos/vizinhos (11,6%), sendo que 13,5% da população em estudo se recusou a identificar o perpetrador. Geograficamente, a Região Autónoma da Madeira foi a que apresentou uma maior percentagem de pessoas com 60 ou mais anos que foram sujeitas a alguma tipologia de maus-tratos, ao longo de um ano (15,4%) [23].

De acordo com as estatísticas apresentadas pela APAV, obtidas com base na análise dos pedidos de apoio entre 2000 e 2012, 82,2% das vítimas são do sexo feminino e 54% encontra-se na faixa etária entre os 65 e os 75 anos. Na sua maioria, os autores do crime são do sexo masculino, sendo que, no ano de 2012, representavam 67% do total de agressores e 17,6% tinham mais de 65 anos. Maioritariamente, são cônjuges/companheiros ou filhos da vítima. Os maus-tratos mais denunciados são os físicos e os psicológicos. Na análise evolutiva efetuada, observou-se que, de 2007 para 2008, o número de pessoas idosas que recorreu aos serviços da APAV aumentou em cerca de 20,7%, passando dos 656 para 792 utentes [91].

A APAV concluiu, no relatório anual de 2013, que cerca de 8,9% das vítimas eram idosos (com 65 ou mais anos), registando-se um total de 774 pessoas idosas vítimas, o que dá uma média de 2,1 idosos por dia [92].

De acordo com o Provedor de Justiça, em 2013, o número de chamadas telefónicas recebidas na Linha do Cidadão Idoso sofreu um aumento de 7% relativamente ao ano de 2012, passando-se de 2950 telefonemas para 3184 telefonemas. Em 2013, registaram-se 211 queixas de maus-tratos, 125 queixas de abuso material e financeiro, 114 queixas de negligência e 88 queixas de abandono. Em média foram recebidas 17 chamadas diárias através desta linha, havendo uma clara predominância das chamadas feitas por pessoas do género feminino (1658), mais do dobro daquelas feitas por pessoas do género masculino (810). Conclui-se, ainda, que foram os próprios idosos interessados quem mais vezes recorreu à Linha do Cidadão Idoso (952), seguindo-se, como em anos anteriores e em número igualmente relevante, os familiares dos queixosos (718) e os amigos e os vizinhos (280) [93].

No que diz respeito ao contexto no qual ocorrem os maus-tratos, os diversos estudos realizados mostram que estes ocorrem primordialmente no lar, no seio das famílias, que é onde a maior parte dos idosos vive [9,49,65].

Em jeito de conclusão pode-se afirmar que, nos últimos anos, cresceu o número de trabalhos de investigação realizados sobre este tema, o que é revelador da preocupação em averiguar a incidência e prevalência dos maus-tratos contra a pessoa idosa. No entanto, alguns autores apontam como fragilidade, destes estudos, o facto de terem por base amostras pequenas, em que os maus-tratos podem configurar uma mera suspeita ou confirmarem-se, pelo que podem não ser generalizáveis e não possibilitar a determinação da real extensão do problema. Por outras palavras, as diferentes opções conceptuais e operacionais dificultam a comparação e a generalização das taxas de prevalência dos diferentes estudos e países, o que faz com que a verdadeira incidência e prevalência deste fenómeno seja extraordinariamente difícil de quantificar [23,94].

Níveis de Prevenção

Tal como referem Bernal e Gutiérrez, "ao perspetivar-se a história natural do abuso como uma doença, partindo da situação ideal de saudável, em que não existem fatores de risco de aparecimento do mesmo, podendo passar-se para outra com risco mas sem maus-tratos e, posteriormente, a evolução para a existência de maus-tratos ocultos ou a deteção de maus-tratos manifestos, por vezes reincidentes". A prevenção deve ser considerada um elemento chave no combate aos maus-tratos a idosos, constituindo a primeira etapa de qualquer medida interventiva. A dimensão preventiva implica toda a estrutura social, nomeadamente idosos e seus familiares, profissionais de saúde, organizações sanitárias, serviços sociais e outros. Pode, então, falar-se na existência de diferentes níveis de prevenção: primordial, primária, secundária e terciária [3,9].

Prevenção Primordial

Qualquer medida preventiva deve começar com a promoção de atitudes sociais positivas que gerem um clima social que minimize o risco de maus-tratos e que promova o bem-estar geral. Assim, a prevenção primordial tem por objetivo evitar a aparição e consolidação de padrões de vida social, económica e cultural que contribuam para o aumento desta situação [3]. Deste modo, considera-se que são três as frentes em que um programa de prevenção primordial deve atuar:

- 1) A **Informação** é um elemento importante, ainda que não suficiente para promover a mudança positiva de atitudes em relação ao envelhecimento, havendo duas áreas chave sobre as quais se deve incidir: a educação através dos meios de comunicação [21] e a educação através de programas específicos na escola. Na primeira área devem

ser: promovidos programas de rádio e televisão, emitidos nas horas de maior audiência, que transmitam uma imagem positiva dos idosos, encarando o processo de envelhecimento com normalidade; eliminados os estereótipos e atitudes idadistas, através da inclusão de mensagens positivas acerca do processo de envelhecimento em campanhas publicitárias, que sejam divulgadas em ambientes que o idoso habitualmente frequenta (mercado, farmácia, centro de saúde, igreja, banco, etc.); desenvolvidos programas informativos, e até mesmo uma publicação periódica, destinados aos idosos e que abordem temas como o processo de envelhecimento, as suas possibilidades, as suas limitações, os direitos e deveres dos idosos e a inaceitabilidade dos maus-tratos, bem como os recursos disponíveis para lidar com estas situações; apoiadas ONGs e grupos de reflexão e debate, cujos principais agentes envolvidos sejam os idosos. No que diz respeito à educação, através de programas específicos na escola, é importante: incluir numa disciplina temas como o envelhecimento, o ciclo de vida, a doença, a perda de capacidades, a tolerância, entre outros; analisar com os alunos os mitos e estereótipos associados à idade, reprovando e erradicando o uso de determinada linguagem e de expressões degradantes relativamente aos idosos; organizar encontros educativos entre idosos e crianças, de modo a promover a solidariedade e a convivência intergeracional [3,4].

- 2) A **Formação** dos profissionais, contemplando os seguintes aspetos: conhecimento das necessidades específicas das pessoas idosas, com especial atenção a situações de dependência, sendo fulcral que estes recebam formação geriátrica e gerontológica, mais especificamente sobre o fenómeno dos maus-tratos; consciencialização de que os maus-tratos são reais e não fictícios e de que a sua negação impede a dinâmica preventiva; inclusão desta problemática nos currículos de graduação, pós-graduação e formação contínua [3,21].

3) As **Políticas Institucionais** em relação à planificação gerontológica e à assistência geriátrica devem contemplar o âmbito jurídico, assistencial e social. No âmbito jurídico incluem-se a vigilância do cumprimento das leis existentes e o desenvolvimento de normas jurídicas que protejam os idosos, sobretudo aqueles com deficiências físicas e psicológicas. Relativamente ao âmbito assistencial, consideram-se os seguintes tópicos: desenvolvimento de programas que promovam o envelhecimento ativo; investimento em serviços de cuidados domiciliários, tratamentos de reabilitação, entre outros, que melhorem a qualidade de vida e fomentem a independência dos idosos; aumento da oferta de lugares em residências e centros de dia, de boa qualidade, para pessoas idosas, coordenados por profissionais credenciados; criação e desenvolvimento de protocolos com diversas entidades com vista à prevenção de maus-tratos a pessoas idosas. A nível social destacam-se: o desenvolvimento de programas que fomentem as relações sociais dos idosos, oferecendo-lhes informação e aconselhamento; incremento de sistemas que permitam eliminar as barreiras arquitetónicas e a adaptação das suas casas às suas necessidades, facilitando o ingresso temporário dos mesmos em instituições enquanto durarem as obras; facilitar o alojamento alternativo dos idosos em situações de carência permanente de cuidados; criação e divulgação de linhas de apoio a idosos; coordenação das ações das diferentes entidades e departamentos, de modo a que não haja duplicação nem falha dos serviços prestados a idosos [3,4].

Prevenção Primária

Este nível de prevenção tem por objetivo evitar o surgimento de casos de maus-tratos a idosos, através do controlo das causas e dos fatores de risco. Os maus-tratos contra idosos não são consequência apenas de um fator, mas sim da combinação de fatores individuais, sociais, culturais e ambientais. São, pois, um fenómeno bastante complexo, tendo em conta as variáveis que contribuem para a sua ocorrência [4,23,95]. Assim, é necessário analisar as causas dos maus-tratos e as potenciais situações de risco, quer para delinear instrumentos de avaliação e deteção mais precisos, quer para fundamentar ações de intervenção precoce [7,12,42]. É neste contexto, que diversos especialistas organizaram os potenciais fatores de risco em várias categorias conforme apresentado na tabela 2, embora subsistam dúvidas entre os autores relativamente ao contributo de alguns desses fatores para o fenómeno em questão [3,4,9,96].

Categoria	Principais fatores de risco
Individuais (vítima)	<u>Sexo</u> : feminino. <u>Idade</u> : o risco aumenta com a idade, sendo mais visível a partir dos 74 anos. <u>Dependência</u> : maior risco em casos de grande incapacidade física ou intelectual. <u>Défice cognitivo</u> : a diminuição das funções cognitivas associa-se a um maior risco, como na doença de Alzheimer e outros tipos de demência. <u>Distúrbio/doença mental</u> : como, por exemplo, depressão. Comportamentos provocatórios e agressivos. Pouca compreensão da sua condição médica. História prévia de vitimização. Baixo nível de educação/formação.
Individuais (perpetrador)	<u>Sexo</u> : sobretudo masculino no caso de abuso físico e sexual e feminino, principalmente, em casos de negligência. <u>Distúrbio/doença mental</u> : como, por exemplo, depressão e distúrbios psicóticos, sobretudo a esquizofrenia.

	<p><u>Abuso de substâncias</u>: consumo abusivo de álcool e outras drogas.</p> <p><u>Stress</u>: sobrecarga do cuidador.</p> <p><u>Fatores comportamentais</u>: história prévia de comportamentos hostis e agressivos, bem como certas características (impulsividade, défices cognitivos e/ou comunicacionais, personalidade hipercrítica, expectativas irrealistas, etc.).</p> <p>Problemas financeiros.</p> <p>Inexperiência na prestação de cuidados.</p> <p>Não compreensão da condição médica do idoso.</p>
Da relação	<p>Dependência do perpetrador da vítima e vice-versa, a diversos níveis: financeiro, emocional e habitacional.</p> <p>Transmissão intergeracional da violência.</p> <p><u>Tipo de relação entre o idoso e o cuidador</u>: relação conflituosa prévia.</p> <p>Interação de base diária ou partilha de habitação entre vítima e perpetrador.</p> <p><u>Grau de parentesco</u>: os perpetradores são sobretudo filhos da vítima ou companheiros/cônjuges.</p>
Comunidade	<p><u>Isolamento social</u>: vítima que vive sozinha com o perpetrador, sendo que ambos mantêm poucos contatos sociais. Em contexto institucional, a ausência de apoio familiar e um reduzido número de visitantes está associado a um maior risco de abuso.</p> <p>Falta de suporte de sistemas e serviços sociais e comunitários.</p> <p>Aplicação incorreta e incumprimento da legislação existente.</p> <p>A <u>nível institucional</u> alguns fatores podem associar-se à ocorrência de maus-tratos: escassez de recursos materiais e estruturais, falta de formação e qualificação e <i>stress</i> dos diferentes profissionais, baixos salários, atitudes negativas face ao processo de envelhecimento, falta de consideração pela singularidade de cada idoso (desrespeito pela sua autonomia, cuidados não personalizados, obstinação diagnóstica e/ou terapêutica, etc.) e inexistência de protocolos de intervenção em situações de maus-tratos.</p>
Sociais	<p>Idadismo.</p> <p><u>Outras formas de discriminação</u>: sexismo e racismo.</p> <p>Políticas socioeconómicas que promovam e acentuem as desigualdades existentes entre os diversos grupos etários.</p>

<u>Fatores culturais:</u> existência de normas culturais e sociais que sejam tolerantes com a violência, encarando-a como normal e aceitável.

Tabela 2: Fatores de risco para a ocorrência de maus-tratos, adaptados da OMS [4]

Bernal e Gutiérrez são apologistas de que a enumeração de uma série de características pode ajudar a ter uma noção dos perfis das pessoas idosas e dos seus cuidadores que correm um maior risco de serem implicados em situações de maus-tratos. Alertam, porém, para o perigo de estas descrições poderem conduzir à simplificação excessiva e gerarem falsas acusações. O reconhecimento de tais características deve servir para alertar sobre a necessidade de prestar um maior apoio sanitário e social a determinadas pessoas, e não para empreender uma “caça às bruxas”. Assim, um retrato *robot* do perfil da potencial vítima pode ser o seguinte: mulher, viúva, com mais de 75 anos; vive com a família; tem rendimentos inferiores a 6000€ /ano; depende do cuidador para as atividades da vida diária; toma mais de quatro fármacos diários (polimedicação); vulnerabilidade emocional e psicológica (fragilidade) e no último ano foi visitada por um médico, uma enfermeira ou um assistente social. No que diz respeito ao perpetrador dos maus-tratos, um perfil aproximado pode ser: filho ou cônjuge da vítima; com transtorno mental; consome álcool e/ou outras drogas; apresenta relação conflituosa com o idoso; tem escassa preparação para cuidar, não compreendendo as possíveis doenças do idoso e desempenha a função de cuidador há mais de nove anos [3].

Assim sendo, em termos de prevenção primária importa reforçar todas as medidas já referidas aquando a prevenção primordial, bem como acrescentar a necessidade de se atuar sobre potenciais fatores de risco existentes, nomeadamente sobre as situações de exclusão ou isolamento social e de sobrecarga dos cuidadores. Deste modo, deve incentivar-se o recurso a serviços de apoio domiciliário, tanto a nível de necessidades diárias como de saúde, bem como apoiar, economicamente, as famílias mais carenciadas, melhorando nomeadamente as

designadas “ajudas técnicas” (fraldas e resguardos, próteses, auxiliares de marcha, etc.). Na mesma perspectiva, devem ser tomadas iniciativas a nível familiar, na tentativa de abordar possíveis conflitos relacionais, melhorar a capacidade de comunicação entre idoso e cuidador e reduzir o *stress* e a sobrecarga do cuidador [3,4,41]. Existem, pois, alguns programas de intervenção dirigidos aos cuidadores que procuram dar o suporte social necessário às suas tarefas quotidianas, promover um bom estado de saúde mental, fornecer informação relevante sobre a prestação de cuidados e doenças específicas (ex: demência), bem como estratégias de *coping* para lidar com estados emocionais negativos e facilitar a interação e partilha de experiências com outros cuidadores em situações semelhantes [4]. Seguindo essa ideia, podem ser indicados alguns aspetos que o prestador de cuidados poderá ter em consideração ao lidar com a pessoa idosa: avaliar periodicamente o nível de autonomia do idoso no desempenho de atividades da vida diária e estimular a sua independência para *fazer e decidir* (*empowerment*); promover a interação e evitar o isolamento; incentivar a ocupação dos tempos livres; colaborar com instituições e serviços vocacionados para as pessoas idosas [3,22]. As medidas preventivas devem, pois, focar-se nas potenciais vítimas, abusadores e respetivos familiares, de modo a se colmatarem as suas necessidades, erradicando-se eventuais fatores de risco.

Prevenção Secundária

A prevenção secundária pretende reduzir a prevalência dos maus-tratos mediante a deteção precoce dos casos ocultos e a intervenção precoce que evite as consequências mais graves e a reincidência deste fenómeno [3]. Assim, a literatura refere que os profissionais de saúde, mais concretamente os de atenção primária, se encontram numa posição privilegiada no que diz respeito à deteção dos maus-tratos, uma vez que ao observarem a pessoa idosa com mais regularidade e estabelecerem com ela e com os seus familiares uma relação de

confiança, têm a oportunidade de reconhecer as situações de abuso e proporcionar ajuda [3,7,9,42]. Não obstante ocuparem a posição ideal para o fazerem, a maioria destes profissionais não reporta as situações de maus-tratos [7,29,42]. Tal situação poderá dever-se aos seguintes fatores: a insegurança na gestão dos casos, quer por falta de formação quer por desconhecimento dos procedimentos adequados; a negação e/ou a desconfiança dos relatos por associação a senilidade, demência, mentira ou exagero; a existência de atitudes idadistas; a delimitação das fronteiras da confidencialidade/segredo profissional; a ausência de recursos adequados disponíveis; não dispor de tempo nem de intimidade desejados para a realização de uma avaliação minuciosa em caso de possíveis maus-tratos; o receio de represálias [3,54].

No entanto, importa referir que o diagnóstico precoce é, igualmente, dificultado pela natureza oculta dos maus-tratos, que advém de barreiras relacionadas com outros intervenientes neste fenómeno [3], a saber:

- Com a **vítima**: vergonha, auto culpabilização, medo de represálias, temor que o cuidador tenha problemas de ordem legal, chantagem emocional por parte do abusador, pensar que não acreditarão nela, aceitar o fenómeno como algo normal, não conhecer os seus direitos nem os recursos disponíveis para a ajudar, depender do perpetrador dos maus-tratos, isolamento ou institucionalização.
- Com o **perpetrador dos maus-tratos**: negação, isolamento social, receio de assumir o fracasso ou de sofrer eventuais consequências legais, protelando e evitando, por isso, solicitar qualquer pedido de auxílio.
- Com a **sociedade em geral**: idadismo, pouca informação e sensibilização da comunidade para o tema dos maus-tratos contra o idoso, valores culturais que preconizam este fenómeno como uma situação privada, que deverá ser

resolvida na privacidade do seio familiar, sem a intervenção de agentes externos.

Face a isto, alguns especialistas defendem a realização de despistes de ocorrência de maus-tratos como uma forma de abranger uma grande parte da população idosa. Assim, preconizam a implementação de programas de rastreio sistemático que incluam a análise dos diversos fatores de risco aquando a avaliação global do estado de saúde do idoso [3,7]. Deste modo, é necessário dispor de instrumentos fidedignos, que reúnam uma alta sensibilidade e especificidade, adaptados ao contexto sociocultural e que sejam de fácil aplicação, pelos diversos profissionais [3,7,69]. No entanto, recomendar a introdução destas ferramentas de detecção de maus-tratos por si só não será suficiente, uma vez que para os diferentes profissionais as utilizarem eficazmente terão que receber formação adequada que lhes permita avaliar os seus sinais, sintomas e consequências. Na tabela 3 apresentam-se algumas ferramentas de despiste e avaliação dos maus-tratos a idosos (ver anexos I a XV).

Tipo	Ferramentas de despiste e avaliação dos maus-tratos a idosos
Screen de violência	Actual Abuse Tool Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAS) Partner Violence Screen (PVS) Questions to Elicit Elder Abuse Screen for Various Types of Abuse or Neglect
Avaliação física	Elder Assessment Instrument (EAI) Suspected Abuse Tool
Avaliação do risco	Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE) Elder Abuse Suspicion Index (EASI) Elder Assessment Instrument (EAI) Health, Attitudes Toward Aging, Living Arrangements and Finances (HALF) Indicators of Abuse (IOA)

	Risk of Abuse Tool Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS)
Avaliação do cuidador	Caregiver Abuse Screen (CASE) The Modified Caregiver Strain Index (CSI)

Tabela 3: Ferramentas utilizadas no despiste e avaliação dos maus-tratos a idosos, retirado e adaptado de vários autores/várias publicações [12,32,37,69, 97,98]

Tal como já foi referido, no contexto de prevenção secundária, é fulcral que os profissionais de saúde ou de outras áreas que lidam com as pessoas idosas estejam alerta para sinais/indicadores que façam suspeitar de situações de maus-tratos, procurando identificá-las precocemente [3,9]. Estes sinais/indicadores encontram-se sumariamente descritos na tabela 4.

Tipo de maus-tratos	Sinais/indicadores
Abuso psicológico/emocional	Apatia, anedonia, anorexia, alterações do sono, ansiedade, medo, sentimentos de desamparo e desespero, evitamento do contato com a família ou amigos.
Abuso financeiro/material	Pertences ou propriedades em falta, ausência de comprovativos sobre operações financeiras, notificações judiciais de serviços, apesar do idoso pensar dispor de recursos financeiros suficientes, transações de bens financeiros ou materiais incomuns ou inexplicadas, alterações do testamento, sinais de ansiedade do idoso ao abordar questões financeiras.
Abuso físico	Lesões cutâneas (escoriações, contusões, equimoses, lacerações, queimaduras) injustificáveis, eventualmente, modeladas evidenciando as características do objeto que as produziu (cordas, cinto,...). Lesões como entorses, luxações, fraturas, áreas discretas de alopecia. Sinais de sobre ou subdosagem de medicação.
Negligência	Sinais de higiene deficitária, desnutrição, desidratação, roupa desapropriada para as condições climatéricas, úlceras de

Abuso sexual

pressão não tratadas ou em localizações pouco usuais, ausência de óculos, bengala ou andarilho, assistência médica tardia ou inexistente apesar da presença de problemas médicos, abandono de uma pessoa idosa no hospital.

Lesões na região anogenital, presença de uma doença sexualmente transmissível, sinais de ansiedade quando uma pessoa específica auxilia na realização da higiene pessoal.

Tabela 4: Sinais/indicadores para os diferentes tipos de maus-tratos retirado de [9]

O profissional de saúde perante um idoso que exiba sinais ou indicadores que o tornem numa potencial vítima de maus tratos, deve agir no sentido de confirmar essa hipótese, sendo que um dos meios essenciais ao seu dispor é a entrevista [3]. De modo a se ultrapassar as barreiras à detecção anteriormente descritas e a se propiciar um clima de segurança, Bernal e Gutiérrez sugerem que, durante a entrevista clínica, se tenha em atenção o seguinte: criação de um ambiente relaxado, adaptação da linguagem ao nível cultural do idoso, estabelecimento de uma relação empática, não tecer julgamentos e promover a participação ativa do idoso na entrevista [3]. Seguindo esta linha de pensamento, outros autores referem que a entrevista deverá evoluir do geral (rastreamento, questões abertas e gerais) para o mais específico (questões diretas, relacionadas com a situação de maus-tratos), respeitando-se os sentimentos do idoso e mostrando-se disponível para ajudá-lo e apoiá-lo no que for necessário. De igual modo, devem ser evitados comportamentos verbais e não verbais que possam ser interpretados como acusações às vítimas ou recriminação dos perpetradores, sendo importante separá-los no momento da entrevista, de modo a minimizarem-se sentimentos de medo de represálias e assegurar a privacidade e confidencialidade [3,94]. Este tipo de abordagem pressupõe o estabelecimento de uma relação de confiança profissional-idoso, bem como a dedicação de tempo e paciência, sendo fulcral permitir um tempo adequado para que o idoso se sinta confortável e capaz de expor a situação, relatando de forma livre e espontânea os seus problemas [3].

Finalmente, importa referir que, apesar da posição privilegiada, em termos de deteção e intervenção precoce, ocupada pelos profissionais de saúde, nenhuma pessoa ou profissão deverá ser completamente responsável pela gestão dos casos de maus-tratos a idosos. Na verdade, o ideal será que estes sejam alvo de uma abordagem multidisciplinar, com a intervenção de áreas tão diversas como a saúde, o serviço social e o poder judicial [3,9,21,54].

Deste modo, a deteção destas situações depende do conhecimento e compreensão do problema, bem como do reconhecimento dos indicadores e das consequências dos maus-tratos. Enquanto a comunidade em geral não desenvolver uma plena consciencialização do fenómeno e da sua gravidade, apenas se detetarão os casos de extrema gravidade, nomeadamente os que apresentam marcas corporais evidentes.

Prevenção Terciária

A prevenção terciária enquadra-se num contexto de maus-tratos flagrante, com reconhecimento dos mesmos por outras pessoas [9]. Assim, procura reduzir a continuidade ou as consequências de uma situação já estabelecida, minimizando as sequelas e o sofrimento causados pela mesma [3]. Por outras palavras, este nível de prevenção engloba a criação de medidas que visem a melhoria da qualidade de vida das vítimas, a interrupção do ciclo de violência e a minimização do risco de reincidência [9]. Neste contexto, pode falar-se, então, em gestão de casos de maus-tratos.

Em suma, pode concluir-se que o ideal será a implementação bem-sucedida das medidas a nível de prevenção primordial e primária, com atuação ao nível da génese e dos fatores que propiciam os maus-tratos, de modo a que haja uma diminuição efetiva deste fenómeno [9]. Um outro grande objetivo a ser alcançado com estas medidas interventivas é a

promoção de um envelhecimento ativo, com a manutenção da autonomia e independência das pessoas ao longo do seu ciclo de vida.

Gestão de casos de maus-tratos

De modo a se prevenir a vitimação das pessoas idosas, ao nível das prevenções secundária e terciária, é necessário desenvolver um processo adequado de apoio à vítima, uma vez que o idoso já foi alvo de maus-tratos [22]. Em termos éticos, é essencial que, após a deteção deste tipo de situação, se forneçam opções às pessoas idosas, que lhes permitam resolver os seus problemas e necessidades [7]. Seria, pois, um contra-senso sujeitar os idosos a testes de avaliação e despiste de maus-tratos se não se dispuser de meios sociais, económicos, legais ou outros que lhes forneçam o apoio necessário para ultrapassar essas situações [12].

Assim, uma intervenção adequada irá depender não apenas de limitações relacionadas com políticas e estruturas, a nível nacional e local, de apoio às vítimas, mas, também, da existência de protocolos e planos de atuação para estes casos, nos locais de trabalho dos profissionais que lidam com idosos [9]. Deste modo, vários autores salientam a importância de uma abordagem multidimensional e multidisciplinar dos casos de maus-tratos contra pessoas idosas, de modo a ampliar as capacidades de atuação e a repartir responsabilidades entre os diversos profissionais (profissionais de saúde, assistentes sociais, agentes policiais,...) e instituições, que devem estar cientes da complexidade que caracteriza as necessidades sociais e individuais dos idosos [3,9,21,22,54]. De facto, o próprio programa nacional para a saúde das pessoas idosas baseia-se no conceito de promoção e educação da saúde na pessoa idosa, apelando à multidisciplinaridade ao conceber a saúde e bem-estar do idoso como uma responsabilidade social, individual e coletiva [99].

Assim, diferentes escolas científicas realçam a necessidade de, numa primeira fase, os profissionais entrevistarem e observarem a pessoa idosa, dando prioridade a fatores de risco e a situações de maior dependência e vulnerabilidade [3,22]. Para tal, é fulcral que se desenvolva uma relação de confiança entre o profissional e o idoso, de modo a se obterem

elementos que confirmem os maus-tratos, podendo haver necessidade de se realizarem várias entrevistas e, ainda, de se recorrer ao apoio de outros profissionais, como enfermeiros ou assistentes sociais ou psicólogos para a condução de entrevistas, na tentativa de desbloquear a resistência que o idoso apresenta em relatar o sucedido [9].

Outro aspeto importante a ser abordado é o do primeiro atendimento à pessoa idosa que foi ou é vítima de maus-tratos. Trata-se de um momento, habitualmente, difícil quer para a pessoa idosa, que se apresenta frequentemente fragilizada, com receio de revelar informações pessoais e desconhece o tipo de apoio que lhe pode ser prestado, quer para o profissional, que tenta ir ao encontro dos medos, expectativas e necessidades do idoso. A correta gestão da tensão e ansiedade, neste tipo de casos, permite atingir as duas principais finalidades, isto é, a prestação de apoio emocional, através da compreensão e empatia perante a problemática e a recolha de informação a diversos níveis: a história pessoal e de pré-vitimização, assim como outros elementos inerentes ao contexto social da vítima e às suas redes primária e secundária de suporte; a narração detalhada da situação de maus-tratos, procurando identificar a origem, a evolução e a dinâmica de manutenção dessa situação (avaliação de fatores de risco), bem como as iniciativas para resolução do problema; a história pós-vitimização, através da avaliação do impacto dos maus-tratos na vida do idoso, das condições de intensificação ou perpetuação do problema e das estratégias que a pessoa idosa dispõe para lidar com a situação, sendo que neste último tópico importa conhecer as capacidades do idoso para lidar com a mudança (estratégias de *coping*) e o seu grau de isolamento social e situação no contexto familiar. Sempre que necessário, e mediante autorização prévia da própria vítima, podem ser exploradas outras fontes de informação como familiares, amigos e/ou instituições [22].

Uma vez que o profissional de saúde (ou outro) conclua que se encontra perante uma situação de maus-tratos, tem que ter em mente as diferentes decisões que pode tomar:

confrontar a pessoa idosa, falando-lhe abertamente e providenciando-lhe apoio a nível psicológico, social, jurídico e económico [28]; discutir o caso com outros profissionais, procurando tomar uma decisão conjunta; encaminhar a pessoa idosa para uma instituição ou serviço que pareça ser adequado para a apoiar; denunciar às autoridades competentes, se na situação em questão houver indícios da prática de crimes públicos (por exemplo, o crime de violência doméstica). No entanto, essencialmente neste último cenário, por uma questão de respeito à pessoa idosa, se esta estiver presente e no domínio das suas faculdades mentais, deve-se reflectir, conjuntamente, sobre qualquer decisão. Uma pessoa idosa vítima de maus-tratos é uma pessoa adulta e deve ser respeitada a sua capacidade de decisão sobre a sua própria vida [22]. Assim, tal como é realçado por alguns autores, é importante que, não obstante o ímpeto de ajudar e proteger a pessoa idosa vítima de maus-tratos, se preserve a autonomia da mesma [9]. De facto, o paternalismo e a infantilização das pessoas idosas nestas situações tornam-se contraproducentes, atentando contra a dignidade das mesmas e transmitindo a ideia de que são mentalmente limitadas ou incapazes de cuidar delas próprias. Qualquer plano de intervenção deve ser estruturado em conjunto, tendo sempre presente a vontade do idoso cognitivamente competente. O profissional deverá ir ao encontro das necessidades da pessoa idosa, respeitando o princípio da autonomia através da promoção da designada decisão informada, cujos pressupostos são os seguintes: a pessoa deve estar na posse das capacidades necessárias para poder decidir; deve existir liberdade de decisão; a pessoa deve ser informada dos seus direitos, de como exercê-los, dos vários recursos de que pode dispor na comunidade e das diversas opções que pode tomar. Estas informações devem ser fornecidas de modo a serem compreendidas na íntegra, de acordo com a capacidade de assimilação apresentada pela pessoa idosa [9,22].

Tal como consta no Manual Títono, aquando o atendimento da pessoa idosa, vítima de maus-tratos, o profissional deve empenhar-se ao máximo no sentido de evitar ou de, pelo

menos, minimizar a ocorrência de fenômenos de vitimação secundária, que ocorrem sempre que se verifica uma discrepância entre os interesses, necessidades e direitos da pessoa idosa e as respostas institucionais pelos sistemas judicial, de saúde e social. Facilmente se depreende que esta vitimação secundária terá efeitos negativos a diversos níveis: individual, prejudicando o processo de recuperação, a disposição individual e o sentimento de segurança; familiar e social, podendo ter consequências em familiares, amigos ou testemunhas; socioeconômico, podendo acarretar custos em termos de justiça, saúde, serviços, emprego e educação. Assim, deve ser desenvolvido um processo de apoio com competência, sensibilidade e que seja temporalmente eficaz, através de uma eficiente mediação junto das entidades, serviços e organismos com quem a pessoa idosa deverá contatar. Este desenvolve-se, geralmente, com a pessoa idosa vítima, mas também se pode e deve estender a familiares e/ou amigos. Na verdade, o apoio comunitário e a integração na rede alargada das relações de parentesco e de vizinhança, também constituem medidas inibidoras da prática de maus-tratos sobre os idosos [6,22].

De acordo com Gonçalves, a sequência de intervenção habitualmente adotada inclui três fases: a primeira fase corresponde à identificação das situações de maus-tratos, através de fatores de risco, sinais/indicadores de alerta, entre outros, podendo ser detetados por qualquer indivíduo; a segunda fase relaciona-se com a avaliação que deverá ser dirigida por uma equipa multidisciplinar, de modo a ter-se acesso ao idoso e ao seu cuidador, tentando confirmar-se a suspeita de maus-tratos, bem como as respetivas causas; na terceira e última fase, estabelece-se a ação propriamente dita, através da organização dos cuidados a prestar à pessoa idosa, sendo preconizado, tanto quanto possível, permitir à vítima de maus-tratos permanecer na sua habitação, mas longe dos agressores, sendo fulcral evitar o isolamento social (acautelado por serviços de cuidados domiciliários, centros dia, etc.) e avaliar as limitações do idoso, valorizando a necessidade de institucionalização quando a família não é

capaz de garantir cuidados adequados [6]. É importante a criação de programas ou ações dirigidas à vítima, ao perpetrador dos maus-tratos, aos restantes cuidadores e aos profissionais que lidam com idosos, bem como a criação de serviços de suporte legal, psicológico e educativo, para este tipo de situação [4].

De um modo geral, após contato com a pessoa idosa se a mesma estiver segura e quando a probabilidade de maus-tratos for considerada baixa, deverá manter-se uma relação de confiança, com avaliação contínua dos diferentes fatores de risco, através de uma monitorização mais cuidadosa, envolvendo visitas domiciliárias periódicas [6]. Deste modo, se o idoso concordar, deverá desenvolver-se um plano de intervenção que inclua informação sobre como atuar em caso de emergência e sensibilização sobre o tema dos maus-tratos. As consultas de *follow-up* são importantes componentes da avaliação da eficácia das medidas interventivas e permitem vigiar os efeitos dos maus-tratos a longo prazo [54,100]. Efetivamente, o objetivo primordial de qualquer intervenção é garantir a segurança da pessoa idosa, evitando que a situação de maus-tratos se mantenha ou repita [3].

No entanto, se a possibilidade de maus-tratos for elevada, existindo um perigo imediato para a pessoa idosa ou, ainda, se esta não for considerada cognitivamente competente, é fundamental que se crie, em tempo útil, um plano de segurança, que pode passar por internamento hospitalar ou por reportar o caso às autoridades competentes [9,100].

Em situações de discriminação ou violação dos seus direitos, as pessoas idosas podem recorrer, por exemplo, ao Provedor de Justiça através da Linha do Cidadão Idoso, à Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG) e à APAV. Podem, também, apresentar queixa a autoridades como o Ministério Público (MP), Polícia Judiciária (PJ), às forças de autoridade como a Polícia de Segurança Pública (PSP) e a Guarda Nacional Republicana (GNR), ou, ainda, ao Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF, IP) [9].

Finalmente, importa referir que, por vezes, os maus-tratos se podem traduzir na sua forma mais grave, a morte. Nesses casos, é da competência do MP ordenar a realização de uma autópsia médico-legal, para se estudar o cadáver, recolhendo-se e preservando-se todas as evidências que, em conjunto com outros elementos permitam esclarecer a causa e as circunstâncias que conduziram à morte, de modo a se identificar e penalizar os potenciais culpados [9].

Em suma, é essencial envolver as pessoas idosas em qualquer estratégia interventiva que venha a ser desenvolvida, sendo que as políticas sociais devem ser construídas com os idosos e não para os idosos, devendo estes assumir uma participação ativa e responsável em todo o processo de intervenção [101].

Enquadramento legal

No âmbito dos maus-tratos, importa conhecer que direitos da pessoa idosa são garantidos pela legislação vigente. Ao contrário do que acontece noutros países, nos quais existe legislação específica para as situações de maus-tratos contra a pessoa idosa, em Portugal não existem leis próprias para os idosos, para além do artigo 72.º da Constituição da República Portuguesa [9,102]. Este artigo consagra que as pessoas idosas têm direito à segurança económica, a condições habitacionais, ao respeito pela sua autonomia pessoal e à promoção de intervenções que diminuam o isolamento ou a marginalização social e fomentem uma participação ativa na vida da comunidade (ver Anexo XVI).

O idoso é, pois, encarado como um adulto, com plena capacidade de exercício e como tal sujeito de direitos e deveres. Deste modo, outros artigos da Constituição da República Portuguesa, ainda que de forma dispersa, podem ser igualmente relevantes na questão dos direitos destes cidadãos [9]: princípio da universalidade do gozo dos direitos (artigo 12.º), princípio da igualdade (artigo 13.º), direito à vida (artigo 24.º), direito à integridade pessoal (artigo 25.º), outros direitos pessoais (artigo 26.º), direito à liberdade e segurança (artigo 27.º), direito à saúde (artigo 64.º), direito a habitação (artigo 65.º) e direito à proteção da família (artigo 67.º) (ver Anexo XVII).

No que diz respeito ao Código Penal português [103], parte das tipologias de maus-tratos pode ser enquadrada como violência doméstica ou crime de maus-tratos, tal como o disposto nos artigos 152.º e 152.º -A, dependendo da relação existente entre a vítima e o agente agressor (ver Anexo XVIII). Para que se inicie o procedimento criminal nestes casos não é necessária a denúncia da vítima, uma vez que são englobados na categoria de crime público, pelo que qualquer pessoa os pode denunciar à polícia ou ao Ministério Público.

Ainda neste âmbito, um dos grandes problemas prende-se com a complexidade da operacionalização dos diversos tipos de maus-tratos pela forma como os crimes se encontram

tipificados na lei. Assim, alguns autores procuraram obter uma sistematização de condutas de maus-tratos descritas na literatura, que permitisse correspondê-las aos crimes descritos no Código Penal português (ver Anexo XIX) [104].

É de realçar que a utilização destes meios jurídico-legais deverá ser encarada como um último recurso, ao qual se deverá recorrer sempre que necessário. Segundo alguns autores, a legislação existente é dispersa e não acessível a todos, pelo que é necessário o cumprimento do quadro legal já existente, com uma diferenciação positiva em função da idade na legislação vigente, bem como a criação de uma lei que salvaguarde os direitos da vítima e a intervenção junto do agressor, enquadrando os sistemas de saúde, judicial, administração interna, segurança social, rede de apoio e de educação [23].

Conclusão

O envelhecimento demográfico é uma realidade a nível mundial, sendo que Portugal não é exceção a esse panorama. Nas sociedades atuais, vive-se uma etapa de enorme diferenciação intergeracional, deparando-se as pessoas idosas com uma série de atitudes idadistas e estereótipos acerca do processo de envelhecimento por parte dos diferentes setores sociais. É, pois, projetado sobre o idoso uma representação social gerontofóbica.

Os diversos especialistas preveem que, com o dramático aumento da população idosa, as situações de violência e maus-tratos se agravem, sendo fundamental que as sociedades modernas se preparem para enfrentar este grave problema de saúde pública. De facto, os maus-tratos constituem um fenómeno universal, assumindo-se como uma preocupação de abrangência mundial, em relação aos direitos, igualdade de géneros, à violência e ao envelhecimento da população, a comprová-lo temos o número crescente de investigadores que se têm debruçado sobre o estudo desta temática.

Este fenómeno apresenta consequências devastadoras para as pessoas idosas a variados níveis, nomeadamente físico, psicológico e financeiro, constituindo uma violação dos direitos humanos e acarretando uma diminuição da qualidade de vida. Deve ter-se em conta que, para além dos custos humanos, os maus-tratos também apresentam um considerável impacto económico, incluindo custos relacionados com a saúde, sistemas sociais, legais, entre outros.

Os maus-tratos a idosos constituem, pois, um problema multifatorial e de elevada complexidade, sendo muitas as variáveis a considerar pelos diversos profissionais, como a interdependência entre os determinantes individuais, relacionais e culturais que sustentam este fenómeno. Assim, a abordagem e intervenção nestes casos deverá ser realizada por uma equipa multidisciplinar, de modo a se ampliar as capacidades de atuação e a se repartir

responsabilidades entre os diversos profissionais e instituições, que deverão estar cientes da complexidade que caracteriza as necessidades sociais e individuais dos idosos.

Em termos de intervenção a palavra-chave continua a ser prevenção. O ideal será a implementação bem-sucedida das medidas englobadas nos níveis de prevenção primordial e primária, com atuação ao nível da génese e dos fatores que propiciam os maus-tratos, de modo a que haja uma diminuição efetiva deste fenómeno. Deste modo, é fundamental fornecer recursos às pessoas idosas e suas famílias, aos profissionais e às instituições que lidam com idosos, que promovam um envelhecimento ativo, com manutenção da autonomia e independência das pessoas ao longo do seu ciclo de vida, evitando situações de maus-tratos.

De igual modo, é importante a criação de programas ou ações dirigidas à vítima, ao perpetrador dos maus-tratos, aos restantes cuidadores e aos profissionais que lidam com pessoas idosas, bem como a criação de serviços de suporte legal, psicológico e educativo, para este tipo de situação. As pessoas idosas devem estar conscientes dos seus direitos, sendo que as políticas sociais devem ser construídas com elas e não para elas, devendo as mesmas assumir uma participação ativa e responsável em todo o processo de intervenção, respeitando-se a sua autonomia e capacidade de decisão.

Em suma, é essencial que as sociedades modernas criem um ambiente em que o processo de envelhecimento seja encarado com normalidade, transmitindo-se uma imagem positiva das pessoas idosas e, eliminando-se atitudes idadistas. Há que promover a solidariedade intergeracional, de modo a se construir uma sociedade harmoniosa e justa, que perspetive o idoso como um indivíduo ativo, interventivo e importante no equilíbrio social, em plano de igualdade com os demais cidadãos no exercício dos seus direitos, liberdades e garantias.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço ao meu orientador, o Professor Doutor Manuel Veríssimo pelo apoio, sugestões, esclarecimento de dúvidas, disponibilidade, prontidão e simpatia que sempre manifestou ao longo deste percurso.

Agradeço, também, à minha família, em especial à minha mãe, tia e irmão por todo o carinho, dedicação e apoio incondicional demonstrados.

Por fim, agradeço aos meus amigos pelo apoio e compreensão. A todos aqueles que, direta ou indiretamente, fizeram parte desta etapa, auxiliando-me durante toda a caminhada, o meu sincero agradecimento.

Referências bibliográficas

1. World Population Ageing 2013. United Nations publication. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. United Nations. New York. 2013.
2. Martins, R. M.; Rodrigues, M. L. Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. *Millenium*. 2004. *Revista do ISPV*, 29, 249-254.
3. Bernal, A.M.; Gutiérrez, J. B.(coord.). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: IMSERSO. 2005.
4. Dinesh, S. et al. *European Report on preventing elder maltreatment*. World Health Organization. 2011.
5. Pires, S. *Violência sobre idosos*. Amadora: Camara Municipal da Amadora. 2009.
6. Goncalves, C. Idoso: abuso e violência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 2006. 22,739-745.
7. Perel-Levin, S. *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level*. Geneve: OMS. 2008.
8. Dias, I. *Os maus-tratos aos idosos: abordagem conceptual e intervenção social*. Faculdade de letras da Universidade do Porto, 2009. 1-16.
9. Santos, C.; Vieira, D. N. *Maus-tratos em idosos in: Veríssimo M. T. Geriatria fundamental - Saber e Prática*. Coimbra. Lidel. 2014.
10. Baker, A.A. *Granny battering*. *Modern Geriatrics*. 1975. 5:20-24.
11. Burston G. *Granny battering*. *British Medical Journal*. 1975. 3:592.
12. *National Research Council Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*. Washington, DC: The National Academies Press. 2003.
13. Pillemer, K.; Finkelhor, D. *The prevalence of elder abuse: a random survey*. *Gerontologist*. 1988. 28:51-57.

14. Podnieks, E. National Survey on Abuse of the Elderly in Canada. Toronto: Ryerson Polytechnical Institute. 1989.
15. Ogg, J.; Bennett, G. Elder abuse in Britain. *British Medical Journal*. 1992. 305:998–999.
16. Pepper, C.; Okar, M. R. Elder Abuse: An Examination of a Hidden Problem. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1981. Pub. No. 97-277.
17. National Center on Elder Abuse. The National Elder Abuse Incidence Study (NEAIS). Washington, DC, the Administration on Aging, United States Department of Health and Human Services, 1998.
18. Tomlin, S. Abuse of Eldery People: an Unnecessary and Preventable Problem. London: The British Geriatrics Society. 1989.
19. Kosberg, J. I.; Garcia, J. L. Elder abuse: international and cross-cultural perspectives. New York. Haworth Press. 1995.
20. INPEA - International Network for the Prevention of Elder Abuse. Consultado em: <http://www.inpea.net/about.html>.
21. The Toronto Declaration on the global prevention of elder abuse. Geneva. World Health Organization. 2002.
22. APAV. Manual Títano - para o atendimento de pessoas idosas vítimas de crime: parte I – Compreender. Lisboa: APAV. 2002.
23. Gil, A. P. (ed.). Envelhecimento e Violência. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa. 2014.
24. Lithwick, M.; Beaulieu, M. ; Gravel S. The Mistreatment of Older Adults: Perpetrator Victim Relationships and Interventions. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 1999. 11(4):95–112.

25. McDonald, L. ; Collins, A. Abuse and Neglect of Older Adults: A Discussion Paper, Family Violence Prevention Unit. Health Canada. Ottawa. 2000.
26. Cyphers, G. Out of the Shadows: Elder Abuse & Neglect. Policy and Practice. 1999. September: 25–30.
27. Ribeira, S., Sá, L.,;Rodrigues, S. Maus-tratos a idosos e o papel do médico de família. *Geriatrics* 5 (25), 57-63.2009.
28. Ferreira-Alves, J. Avaliação do Abuso e negligência de pessoas idosas – Contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos in R. Abrunhosa & C. Machado (Eds.). *Psicologia Forense*. Coimbra. Quarteto. 2005.
29. Diagnostic and Treatment Guidelines on Elder Abuse and Neglect. Chicago: American Medical Association; 1994:4-24.
30. Menicalli, A. M. F.; Dias, E. N.; Silva, J. V. & Vitorino, L. M. Capítulo 23: O idoso na sociedade. In Silva, J. V. (Org.). *Saúde do Idoso e a Enfermagem: Processo de Envelhecimento sob Múltiplos Aspectos*. (pp. 302-317). Iátria. São Paulo. 2009.
31. Machado, L.; Queiroz, Z. Negligência e Maus tratos. *In: Freitas, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1152-1159). Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan. 2006.
32. Fulmer, T.; Caceres, S. Elder mistreatment and abuse: Detection of elder mistreatment. 2012.

Consultado em: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_15.pdf
33. Mosqueda, L.; Dong X. Elder abuse and self-neglect: I don't care anything about going to the doctor, to be honest [horizontal ellipsis]. *Journal of the American Medical Association*. 2011.

Consultado em: http://www.nursingcenter.com/lnc/CEArticle?an=00005217-201403000-00008&Journal_ID=642167&Issue_ID=1645878.

34. Wolf, R. The Nature and Scope of Elder Abuse. *Generations*. 2000. 24(2):6– 13.
35. Pasinato, M.; Camarano, A.; Machado, L. Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: estudo exploratório das informações levantadas nos serviços de denúncia. Rio de Janeiro: Ipea. 2006.
36. Fulmer, T. Elder abuse and neglect assessment. *Dermatology Nursing*. 2004. 16 (5), 473.
37. Cohen, M.; Levin, S. H.; Gagin, R.; Friedman, G. Elder Abuse: Disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. *Journal of American Geriatrics Society*, 2007. 55, 1224-1230.
38. Browne, K. ; Herbert, M. Preventing family violence. London: Wiley. 1997.
39. Gil, A.P.; Fernandes, A. A. No trilho da negligência...configurações exploratórias de violência contra pessoas idosas. *Fórum Sociológico*, 2011. 21, 111-120.
40. National Center on Elder Abuse. Fact Sheet – Elder Abuse Prevalence and Incidence. Washington DC: National Center on Elder Abuse. 2005. Consultado em: <http://www.ncea.aoa.gov/>.
41. Missing voices: views of older persons on elder abuse. Geneve, World Health Organization, 2002. Consultado em: <http://www.who.int/en/>.
42. Krug, E. et al. (eds). World report on violence and health. Geneve, World Health Organization, 2002:123–145.
43. Action on Elder Abuse. Action on Elder Abuse Bulletin. 1995:1.
44. McCreddie, C. A review of research outcomes in elder abuse. *Journal of Adult Protection*. 2002. 4:3–8.
45. Fallon, P. Elder abuse and/or neglect. Literature Review. 2006.

46. Active ageing: a policy framework. Geneve, World Health Organization, 2002.
47. Jones, H.; Powell, J. Old age, vulnerability and sexual violence: implications for knowledge and practice. *International Nursing Review*. 2006. 53, (211-216).
48. Aravanis, S.C.; Adelman, R.D. et al. Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. *Archives of Family Medicine*. 1993. 2:371–388.
49. Kleinschmidt, K.C. Elder abuse: a review. *Annals of Emergency Medicine*. 30(4): 463-472. 1997.
50. Fernández-Alonso, M.C.; Herrero Velázquez S. Maltrato en el anciano: posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). *Aten Primaria*. 2006. 37(2):113-5.
51. National Centre on Elder Abuse. NCEA types of abuse. 2007. Consultado em: <http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/>
52. Wolf, R.S.; Pillemer, K.A. *Helping Elderly Victims: The Reality of Elder Abuse*. New York: Columbia University Press; 1989.
53. Bennett, G.; Kingston, P.; Penhale, B. *The dimensions of elder abuse: perspectives for practitioners*. London. Macmillan. 1997.
54. Anetzberger, G. J. *The clinical management of elder abuse*. New York. NY, Haworth Press. 2005.
55. Nações Unidas. *Abuse of Older persons: recognizing and responding to abuse of older persons in a global context – Report of the Secretary-General*. New York: Nações Unidas. 2002. Consultado em: <http://www.un.org/en>.
56. Butler, R.N. Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243-246. 1969.
57. Butler, R. *Why Survive? Growing Old in America*. New York: Harper & Row. 1975.
58. Palmore, E. The ageism survey: first findings. *The Gerontologist*, 41(5), 572-575. 2001.
59. Cavanaugh, J. *Adult Development and Aging*. Pacific Grove: Brooks Cole. 1997.

60. Thompson, N. Age and Dignity: Working with Older People. Aldershot. Arena. 1997.
61. Allan, K. Values and diversity in working with older people. In Woods, B.; Clare, L. (eds.). Handbook of the clinical psychology of ageing (2nd ed. pp. 237-254). London: Wiley. 2008.
62. Berger, L. Capítulo 19: Evitar os Perigos. In Berger, L.; Mailloux-Poirier, D. Pessoas Idosas, Uma Abordagem Global. (pp.379-438). 1995.
63. Nerenberg, L. Elder abuse prevention: emerging trends and promising strategies. New York: Springer Publishing Company. 2008.
64. Karen, A. et al. Intimate partner violence (IPV) in late life: An Analysis of National News Reports. Center for Gerontology, Virginia Polytechnic Institute and State University. Blacksburg. Virginia. USA. 2013.
65. Minayo, M.C.S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. Cad. Saúde Pública; 19(3): 783-91). 2003.
66. Paris, B. E. C. Elder abuse and neglect. In Paris, B. E. C. A guide to care of the elderly. (pp. 207-215). London: HMSO. 1996.
67. Collins, K.A.; Bennett, A.T.; Hanzlick, R. Elder abuse and neglect: Autopsy Committee of the College of American Pathologists. Arch Intern Med. 2000. 160:1567-9.
68. Magalhães, T. Violência e abuso. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. 2010.
69. Fulmer, T. et al. Progress in elder abuse screening and assessment instruments. Journal of the American Geriatric Society. 2004. 52:297-304.
70. Wilber, K.; McNeily, D. A Succinct Evaluation of Five Elder Abuse Theories. 2001.

Consultado em: http://www.geocities.com/stephen_j_bright/elder2003.html

71. Steinmetz, S. K. *Duty bound: Elder abuse and family care*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications. 1988.
72. Schiamberg, L.B.; D. Gans. An Ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 1999. 11: 79-103.
73. Lachs, M.S. et al. The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*. 1998. 280:428–432.
74. Acierno, R. et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health*. 2010. 100:292–297.
75. Comijs, H.C. et al. Psychological distress in victims of elder mistreatment: the effects of social support and coping. *Journal of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences*. 1999. 54:240–245.
76. O’Keeffe, M. et al. *UK Study of Abuse and Neglect of Older People: prevalence survey report*. London. National Centre for Social Research and King’s College London. 2007.
77. Pillemer, K.A.; Prescott, D. Psychological effects of elder abuse: a research note. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 1989. 1:65–74.
78. Dong X. Elder abuse: research, practice, and health policy. The 2012 GSA Maxwell Pollack award lecture. *Gerontologist*. 2014. Apr 54 (2):153-62.
79. Dong, X. Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons. *JAMA Internal Medicine*. 2013.173, 911-917.
80. Rovi, S. et al. Mapping the elder mistreatment iceberg: U.S. hospitalizations with elder abuse and neglect diagnoses. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2009, 21:346–359.

81. Bond, M. C.; Butler, K. H. Elder abuse and neglect: Definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening. *Clinics in Geriatric Medicine*, 2013. 29 (1), 257–273.
82. Collins, K. A. Elder maltreatment. A review. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 2006, 130:1290 – 1296.
83. Fernandes, A. A. *Questões Demográficas: Demografia e Sociologia da População*. Lisboa, Edições Colibri. 2008.
84. Instituto Nacional de Estatística. Consultado em: www.ine.pt. 2014.
85. Swagerty, D.L.; Takahashi, P.Y.; Evans, J.M. Elder mistreatment. *American Family Physician*. 1999. 59 (10), 2804-2808.
86. Cooper, C.; Selwood, A.; Livingston, G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age & Ageing*, 2008. 37 (2), 151-160.
87. Soares, J. F.; Barros, H. et al. *Abuse and Health among Elderly in Europe*. Kaunas. Lithuanian University of Health Sciences Press. 2010.
88. Luoma, M.-L.; Koivusilta, M., et al. *Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of a Multi-cultural Survey in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal (European Report of the AVOW Project)*. Finland: National Institute for Health and Welfare (THL). 2011.
89. Lowenstein, A.; Eisikovits, Z.; Band-Winterstein, T.; Enosh, G. Is Elder Abuse and Neglect a Social Phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 2009. 21(3): 253-77.
90. Laumann, E.O.; Leitsch, S.A.; Waite L.J. Elder mistreatment in the United States: Prevalence estimates from a nationally-representative study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 2008. 63B:S248-S254.

91. Estatísticas APAV – Pessoas Idosas Vítimas de Crime e Violência [2000 – 2012].
Consultado em: www.apav.pt/estatisticas.
92. Estatísticas APAV – Relatório Anual 2013. Consultado em: www.apav.pt/estatisticas.
93. Relatório à Assembleia da República – 2013. Provedor de Justiça – Divisão de Documentação. Lisboa. 2014.
94. Ferreira, L. G.; Vieira, D. N.; Firmino, H. Violência sobre os mais velhos. In Firmino, H. (ed.), *Psicogeriatría* (pp.215-220). Coimbra: Psiquiatria Clínica. 2006.
95. Perez-Rojo, G.; Izal, M.; Montorio, I.; ; Penhale, B. Risk factors of elder abuse in a community dwelling spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009. 49, 17-21.
96. Reis, M. The IOA screen: An abuse-alert measure that dispels myths. *Generations*. 2000. Vol. 24 Issue 2.
97. Olson, J. M.; Hoglund, B. A. Elder Abuse: Speak out for justice. *Journal of Christian Nursing*. 2014. Volume 31, number 1.
98. University of Iowa Carver College of Medicine. (n.d.). Elder mistreatment screening instruments. Consultado em:
<http://www.medicine.uiowa.edu/familymedicine/emscreeninginstruments/>
99. Direção Geral da Saúde - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. 2004.
Consultado em: <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>.
100. Bomba, P. Use of a single page elder abuse assessment and management tool: A practical clinician's approach to identifying elder mistreatment. *Journal of Gerontological Social Work*. 2006. 46 (3/4), 103-122.
101. Morán, M. *Gerontologia Social Aplicada*. Buenos Aires: Espacio Editorial. 2004.
102. Constituição da República Portuguesa. Consultado em:

<http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>.

103. Código Penal Português. Consultado em:

http://www.pgdlisboa.pt/pgdl/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=109&tabela=leis&ficha=1&pagina.

104. Fonseca, R.; Gomes, I.; Lobato Faria, P.; Gil, A.P. Perspetivas atuais sobre a proteção jurídica da pessoa idosa vítima de violência familiar: contributo para uma investigação em saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2012. 30 (2), 149-162.

ANEXOS

Anexo I – Actual Abuse Tool

Purpose: The Actual Abuse Tool is a “first decision point that asks whether there has been a reliable report of abuse or violence. This tool provides a list of the major forms of abuse and violence along with examples of physical abuse, psychological abuse, neglect, and exploitation” (Bass, et al., 2001, p.31).

Instructions: The victim or a reliable party report, or you directly observe the following acts of domestic violence, abuse, neglect, or exploitation (this list is not exhaustive but contains some examples). A single check indicates the perceived presence of domestic violence or elder abuse.

	(Check)
Examples of Physical Abuse	
• Hit, pushed, shoved, scratched, or restrained.	
• Threatened with a knife.	
• Sexually assaulted, harmed, or hurt.	
• Physically harmed in some other way (specify):	
Examples of Psychological Abuse	
• Yelled at, called names, insulted.	
• Threatened with physical injury.	
• Locked in a room.	
• Stalked or followed around.	
• Psychologically abused in some other way (specify):	
Examples of Neglect by Others or Self	
• Denied adequate care and supervision (especially in cases of physically or mentally impaired persons).	
• Not treated for physical health problems.	
• Isolated from others.	
• Inappropriately dressed for weather or environmental conditions.	
• Lacking adequate shelter.	
• Neglected in some other way (specify):	
Examples of Exploitation	
• Money, property, or other assets used, taken, sold or transferred without consent.	
• Signature forged on checks or other financial and legal documents.	
• Large sums of money withdrawn from bank accounts (without his/her knowledge).	
• Exploited in some other way (specify):	

Bass, D.M., Anetzberger, G.J., Ejaz, F.K., & Nagpaul, K. (2001). Screening tools and referral protocol for stopping abuse against older Ohioans: A guide for service providers. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13(2), 23-38.

Anexo II – Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)

Purpose: Screening device useful to service providers interested in identifying people at high risk of the need for protective services.

Instructions: Read the questions and write in the answers. A response of “no” to items 1, 6, 12, and 14; a response of “someone else” to item 4; and a response of “yes” to all others is scored in the “abused” direction.

1. Do you have anyone who spends time with you, taking you shopping or to the doctor?
2. Are you helping to support someone?
3. Are you sad or lonely often?
4. Who makes decisions about your life—like how you should live or where you should live?
5. Do you feel uncomfortable with anyone in your family?
6. Can you take your own medication and get around by yourself?
7. Do you feel that nobody wants you around?
8. Does anyone in your family drink a lot?
9. Does someone in your family make you stay in bed or tell you you’re sick when you know you’re not?
10. Has anyone forced you to do things you didn’t want to do?
11. Has anyone taken things that belong to you without your O.K.?
12. Do you trust most of the people in your family?
13. Does anyone tell you that you give them too much trouble?
14. Do you have enough privacy at home?
15. Has anyone close to you tried to hurt you or harm you recently?

Neale, A. V., Hwalek, M. A., Scott, R. O., & Stahl, C. (1991). Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test. *Journal of Applied Gerontology, 10*(4), 406-415.

Anexo III – Partner Violence Screen (PVS)

Purpose: A brief screening instrument for use in emergency departments or other urgent care settings.

Instructions: Interview the patient alone and ask questions directly.

1. Have you been hit, kicked, punched, or otherwise hurt by someone within the past year? If so, by whom?
2. Do you feel safe in your current relationship?
3. Is there a partner from a previous relationship who is making you feel unsafe now?

Feldhaus, K. M., Koziol-McLain, J., Amsbury, H. L., Norton, I. M., Lowenstein, S. R., & Abbott, J. T. (1997). Accuracy of 3 Brief Screening Questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA*, 277(17), 1357-1361.

Anexo IV – Questions to Elicit Elder Abuse

Purpose: To use specific questions to determine if abuse is occurring.

Instructions: Request family members step outside the room and use the opportunity to interview the patient alone. Begin the conversation with the question, “How are things at home?” and then follow with the more specific questions below.

Physical Abuse:

1. Are you afraid of anyone at home?
2. Have you been struck, slapped or kicked?
3. Have you been tied down or locked in a room?
4. Has anyone touched you without your permission?

Emotional Abuse:

1. Do you ever feel alone?
2. Have you been threatened with punishment, deprivation, or institutionalization?
3. Have you received the “silent treatment”?
4. Have you been force fed?
5. What happens when you and your caregiver disagree?

Neglect:

1. Do you lack aids such as eyeglasses, hearing aids, or false teeth?
2. Have you been left alone for long periods?
3. If you need assistance, how do you obtain it?
4. How do you get help?

Financial Abuse:

1. Does your caregiver depend on you for shelter or financial support?
2. Has money been stolen from you?

Carney, M. T., Kahan, F. S., & Paris, B. E. C. (2003). Elder abuse: Is every bruise a sign of abuse? *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 70(2), 69-74.

Anexo V – Screen for Various Types of Abuse or Neglect

Purpose: General questions should be asked of an older person to screen for the various types of abuse or neglect.

Instructions: Patient is asked direct questions by a health care professional. The screen is a component of a suggested protocol for the detection and assessment of elder mistreatment. Any questions answered affirmatively should be followed up to determine how and when the mistreatment occurs, who perpetrates it, and how the patient feels about it and copes with it.

1. Has anyone at home ever hurt you?
2. Has anyone ever touched you without your consent?
3. Has anyone ever made you do things you didn't want to do?
4. Has anyone taken anything that was yours without asking?
5. Has anyone ever scolded or threatened you?
6. Have you ever signed any documents that you didn't understand?
7. Are you afraid of anyone at home?
8. Are you alone a lot?
9. Has anyone ever failed to help you take care of yourself when you needed help?

American Medical Association. (1992). *Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect*. Chicago, IL: American Medical Association.

Anexo VI – Elder Assessment Instrument (EAI)

Purpose: To be used as a comprehensive approach for screening suspected elder abuse victims in all clinical settings.

Instructions: There is no “score” for this instrument. A patient should be referred to social services if the following exists: 1) if there is any positive evidence without sufficient clinical explanation, 2) whenever there is a subjective complaint by the older adult of elder mistreatment, or 3) whenever the clinician deems there is evidence of abuse, neglect, exploitation, or abandonment.

1. General Assessment	Very Good	Good	Poor	Very Poor	Unable to Assess
a. Clothing					
b. Hygiene					
c. Nutrition					
d. Skin integrity					
Additional Comments:					
2. Possible Abuse Indicators	No Evidence	Possible Evidence	Probable Evidence	Definite Evidence	Unable to Assess
a. Bruising					
b. Lacerations					
c. Fractures					
d. Various stages of healing of any bruises or fractures					
e. Evidence of sexual abuse					
f. Statement by older adult related to abuse					
Additional Comments:					
3. Possible Neglect Indicators	No Evidence	Possible Evidence	Probable Evidence	Definite Evidence	Unable to Assess
a. Contractures					
b. Decubiti					
c. Dehydration					
d. Diarrhea					
e. Depression					
f. Impaction					
g. Malnutrition					
h. Urine Burns					
i. Poor hygiene					
j. Failure to respond to warning of obvious disease					
k. Inappropriate medications (over/under)					
l. Repetitive hospital admissions due to probable failure of health care surveillance					
m. Statement by older adult related to neglect					
Additional Comments:					

4. Possible Exploitation Indicators	No Evidence	Possible Evidence	Probable Evidence	Definite Evidence	Unable to Assess
a. Misuse of money					
b. Evidence					
c. Reports of demands for goods in exchange for services					
d. Inability to account for money/property					
e. Statement by older adult related to exploitation					
Additional Comments:					
5. Possible Abandonment Indicators	No Evidence	Possible Evidence	Probable Evidence	Definite Evidence	Unable to Assess
a. Evidence that a caretaker has withdrawn care precipitously without alternate arrangements					
b. Evidence that older adult is left alone in an unsafe environment for extended periods of time without adequate support					
c. Statement by older adult related to abandonment					
Additional Comments:					
Summary	No Evidence	Possible Evidence	Probable Evidence	Definite Evidence	Unable To Assess
Evidence of Abuse					
Evidence of Neglect					
Evidence of Exploitation					
Evidence of Abandonment					
Additional Comments:					

Comments: _____

Fulmer, T. (2003). Elder abuse and neglect assessment. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(6), 4-5.

Anexo VII – Suspected Abuse Tool

Purpose: The Suspected Abuse Tool is designed to help recognize common signs or symptoms of abuse.

Instructions: The victim or a reliable party report, or you directly observe the following acts of domestic violence, abuse, neglect, or exploitation (this list is not exhaustive but contains some examples). A single check indicates suspected abuse and requires an appropriate referral for further investigation.

Please check any signs reported to you or that you directly observe for this client	(check)
Signs of Physical Abuse	
• Bruises, welts, cuts, or wounds, cigarette or rope burn marks or blood on person/clothes.	
• Internal injuries, including broken or fractured bones, sprains, or muscle injuries.	
• Painful body movements, such as limping, trouble sitting/standing (not illness related).	
• Coded or vague or indirect references to sexual assault or unwanted sexual advances.	
• Other signs of physical abuse (specify):	
Signs of Psychological Abuse	
• Sense of resignation and hopelessness with vague references to mistreatment.	
• Behavior that is passive, helpless, withdrawn	
• Anxious, trembling, clinging, fearful, scared of someone/something.	
• Self-blame for current situation or partner/caregiver behavior.	
• Other signs of psychological abuse (specify):	
Signs of Neglect by Others or Self	
• Unclean physical appearance.	
• Inadequate food or meal preparation supplies in household.	
• Underweight, physically frail or weak, or dehydrated.	
• Under or overuse of, or confusion about, prescription or over-the-counter medications.	
• Inadequate utilities, including lack of heat, water, electricity, and toilet facilities.	
• Unsafe or unclean environment, including insect infestation or unmaintained animals.	
• Neglected household finances, including unpaid bills or rent.	
• Other signs of neglect (specify):	
Signs of Exploitation	
• Overpayment for goods or services	
• Unexplained changes in power of attorney, wills, or other legal documents.	
• Missing personal belongings.	
• Other signs of exploitation (specify):	

Bass, D. M., Anetzberger, G. J., Ejaz, F. K., Nagpaul, K. (2001). Screening tools and referral protocol for stopping abuse against older Ohioans: A guide for service providers. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13(2), 23-38.

Anexo VIII – Brief Abuse Screen for the Eldery (BASE)

Purpose: To help practitioners assess the likelihood of abuse.

Instructions: Please respond to every question (as well as you can estimate) concerning all clients ____ years or over who are caregivers (give regular help of any kind) or care receivers:

1. Is the client an older person who has a caregiver? ____ Yes ____ No

2. Is the client a caregiver of an older person? ____ Yes ____ No

3. Do you suspect abuse? (see also #4 and #5)

i) By a caregiver (comments)_____

1	2	3	4	5
no, not at all	only slightly, doubtful	possibly, somewhat	probably quite likely	yes, definitely

ii) By a care receiver or other (comments)_____

1	2	3	4	5
no, not at all	only slightly, doubtful	possibly, somewhat	probably quite likely	yes, definitely

4. If any answer for #3 except “no, not at all,” indicate what kind(s) of abuse(s) is (are) suspected.

i) physical ____ ii) psychosocial ____ iii) financial ____

iv) neglect ____ (includes passive and active)

5. If abuse is suspected, about how soon do you estimate that intervention is needed?

1	2	3	4	5
immediately	within 24 hrs	24-72 hrs	1 week	2 or more weeks

Reis, M., & Nahmiash, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38(4), 471-480, Figure 2.

Anexo IX – Elder Abuse Suspicion Index (EASI)

The EASI was developed to raise a doctor’s suspicion about elder abuse to a level at which it might be reasonable to propose a referral for further evaluation by social services, adult protective services, or equivalents. While all six questions should be asked, a response of “yes” on one or more of questions 2-6 may establish concern. The EASI was validated for asking by family practitioners of cognitively intact seniors seen in ambulatory settings.

ELDER ABUSE SUSPICION INDEX © (EASI)			
EASI Questions			
Q.1-Q.5 asked of patient; Q.6 answered by doctor			
Within the last 12 months:			
1) Have you relied on people for any of the following: bathing, dressing, shopping, banking, or meals?	YES	NO	Did not answer
2) Has anyone prevented you from getting food, clothes, medication, glasses, hearing aides or medical care, or from being with people you wanted to be with?	YES	NO	Did not answer
3) Have you been upset because someone talked to you in a way that made you feel shamed or threatened?	YES	NO	Did not answer
4) Has anyone tried to force you to sign papers or to use your money against your will?	YES	NO	Did not answer
5) Has anyone made you afraid, touched you in ways that you did not want, or hurt you physically?	YES	NO	Did not answer
6) Doctor: Elder abuse <u>may</u> be associated with findings such as: poor eye contact, withdrawn nature, malnourishment, hygiene issues, cuts, bruises, inappropriate clothing, or medication compliance issues. Did you notice any of these today or in the last 12 months?	YES	NO	Not sure

Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *Journal of Elder Abuse and Neglect* 2008; 20(3) 000-000.

Anexo X – Health, Attitudes toward Aging, Living Arrangements and Finances (HALF) Assessment

Purpose: A clinician-based tool to identify elders at risk in a health service setting.

Instructions: Questions are answered by the interviewer following a meeting with both the caretaker and older adult. Items are categorized on a three-point Lickert scale.

HEALTH	Almost Always	Some of the Time	Never
1. Aged Adult Risk Dynamics			
1.1 Poor health			
1.2 Overly dependent on adult child			
1.3 Was extremely dependent on spouse who is now deceased			
1.4 Persists in advising, admonishing and directing the adult child on whom he/she is dependent			
2. Aged Adult Abuse Dynamics			
2.1 Has an unexplained or repeated injury			
2.2 Shows evidence of dehydration and/or malnutrition without obvious cause			
2.3 Has been given inappropriate food, drink, and/or drugs			
2.4 Shows evidence of overall poor care			
2.5 Is notably passive and withdrawn			
2.6 Has muscle contractures due to being restricted			
3. Adult Child/Caregiver Risk Dynamics			
3.1 Was abused or battered as a child			
3.2 Poor self-image			
3.3 Limited capacity to express own needs			
3.4 Alcohol or drug abuser			
3.5 Psychologically unprepared to meet dependency needs of Parent			
3.6 Denies parent's illness			
4. Adult Child/Caregiver Abuse Dynamics			
4.1 Shows evidence of loss of control, or fear of losing control			
4.2 Presents contradictory history			
4.3 Projects cause of injury onto third party			
4.4 Has delayed unduly in bringing the aged person in for care, shows detachment			
4.5 Overreacts or underreacts to the seriousness of the situation			
4.6 Complains continuously about irrelevant problems unrelated to injury			
4.7 Refuses consent for further diagnostic studies			

HEALTH	Almost Always	Some of the Time	Never
5. Attitude Toward Aging			
5.1 Aged adult views self negatively due to aging process			
5.2 Adult child views aged adult negatively due to aging process			
5.3 Negative attitude toward aging			
5.4 Adult child has unrealistic expectations of self or the aged Adult			
6. Living Arrangements			
6.1 Aged adult insists on maintaining old patterns of independent functioning that interfere with the child's needs or endanger aged adult			
6.2 Intrusive, allows adult child no privacy			
6.3 Adult child is socially isolated			
6.4 Has no one to provide relief when uptight with the aged Person			
6.5 Aged adult is socially isolated			
6.6 Has no one to provide relief when uptight with adult child			
7. Finances			
7.1 Aged adult uses gift money to control others, particularly adult children			
7.2 Refuses to apply for financial aid			
7.3 Savings have been exhausted			
7.4 Adult child financially unprepared to meet dependency needs of aged adult			

Reprinted from *Geriatric Nursing*, 4(5), Ferguson, D., & Beck, C. H.A.L.F.-A tool to assess elder abuse within the family, 301-304, 1983 with permission from Elsevier.

Anexo XI – Indicators of Abuse (IOA) Screen

Purpose: To screen for abuse and neglect at the client’s home. Completed by trained practitioners in health and social service agencies.

Instructions: The IOA is to be completed by a person trained to administer the form, usually after a 2-3 hour comprehensive in-home assessment. The researchers use a cutoff score of 16 to indicate abuse.

Indicators of abuse are listed below, numbered in order of importance. After a 2-3 hour home assessment (or other intensive assessment) please rate each of the following items on a scale of 0 to 4 and sum the scores. Do not omit any items. Rate according to your current opinion.

Scale: Estimated extent of problem:

0 = nonexistent

1 = slight

2 = moderate

3 = probably/moderately severe

4 = yes/severe

00 = not applicable

000 = don’t know

Caregiver			Care Receiver		
___	1.	Has behavior problem	___	4.	Has been abused in the past
___	2.	Is financially dependent	___	5.	Has marital/family conflict
___	3.	Has mental/emotional difficulties	___	8.	Lacks understanding of medical condition
___	6.	Has alcohol/substance abuse problem	___	11.	Is socially isolated
___	7.	Has unrealistic expectations	___	15.	Lacks social support
___	9.	Lacks understanding of medical condition	___	16.	Has behavior problems
___	10.	Caregiving reluctance	___	18.	Is financially dependent
___	12.	Has marital/family conflict	___	19.	Has unrealistic expectations
___	13.	Has poor current relationship	___	20.	Has alcohol/medication problem
___	14.	Caregiving inexperience	___	21.	Has poor current relationship
___	17.	Is a blamer	___	22.	Has suspicious falls/injuries
___	24.	Had poor past relationship	___	23.	Has mental/emotional difficulties
			___	25.	Is a blamer
			___	26.	Is emotionally dependent
			___	27.	No regular doctor

Reis, M., & Nahmiash, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38(4), 471-480, Figure 4.

Anexo XII – Risk of Abuse Tool

Purpose: The Risk of Abuse Tool identifies common risk factors associated with cases of elder abuse and/or domestic violence. The Risk of Abuse Tool indicates whether the problem is likely to occur in a possible victim, a possible perpetrator, or both.

Instructions: A question intended for a possible victim is shaded in the column referring to the possible perpetrator and vice-versa. A question intended for both possible victim and possible perpetrator is identified by non-shaded columns next to the corresponding screening question. Service providers are encouraged to place a check mark in the appropriate row/question if they identify a particular problem/risk factor in either one or both columns.

RISK FACTOR SCREENING QUESTIONS	Possible Victim (check)	Possible Perpetrator (check)
Past Neglect, Abuse, or Criminal Offenses		
Is there a history of past abuse, violence (including use of guns/weapons or neglect? Was the person convicted of abuse or another violent crime (including violation of a court order) in the past?		
Is there current violence toward family members or pets, or access to guns?		
Relationship Problems Between Possible Victim and Possible Perpetrator		
Is there evidence of current or past relationship problems (including abuse/violence)?		
Are there relationship problems specific to issues of power, control, dominance, coercion, and manipulation?		
Is there evidence of extreme jealousy and possessiveness?		
Do the parties have unrealistic expectations of each other?		
Physical, Emotional, or Mental Health-Related Problems		
Are there problems with anger and hostility?		
Are there problems with use of alcohol or drugs or medications?		
Are there mental health (including depression) or emotional problems?		
Is the person a “blamer”?		
Are there problems in physical health or functional activities (ADLs or IADLs)?		
Is there evidence of cognitive or memory impairment?		
Does the possible victim lack a regular doctor?		
Is the possible victim emotionally dependent?		
Is there evidence of behavior problems?		
Is there a lack of understanding of the medical condition?		
Does the possible perpetrator have problems with employment or work?		
Caregiving and Social Support		
Is there evidence of a lack of social support?		
Is there evidence of social isolation?		
Is there difficulty with or reluctance performing care-related tasks?		
Is there stress or strain or inexperience with caregiving?		
Is the possible perpetrator caring for other dependent family members?		
Is financial dependency a problem?		
Environmental and Household Characteristics		
Do the possible victim and perpetrator share a household?		
Does the house have hazardous environmental conditions?		

Bass, D. M., Anetzberger, G. J., Ejaz, F. K., Nagpaul, K. (2001). Screening tools and referral protocol for stopping abuse against older Ohioans: A guide for service providers. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13(2), 23-38.

Anexo XIII – Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS)

Purpose: To identify older women at risk of elder abuse through a self-report instrument.

Instructions: Questionnaire can be mailed to subjects with instructions to answer “yes” or “no”.

Are you afraid of anyone in your family?	Yes ___ No ___
Has anyone close to you tried to hurt you or harm you recently?	Yes ___ No ___
Has anyone close to you called you names or put you down or made you feel bad recently?	Yes ___ No ___
Do you have enough privacy at home?	Yes ___ No ___
Do you trust most of the people in your family?	Yes ___ No ___
Can you take your own medication and get around by yourself?	Yes ___ No ___
Are you sad or lonely often?	Yes ___ No ___
Do you feel that nobody wants you around?	Yes ___ No ___
Do you feel uncomfortable with anyone in your family?	Yes ___ No ___
Does someone in your family make you stay in bed or tell you you're sick when you know you're not?	Yes ___ No ___
Has anyone forced you to do things you didn't want to do?	Yes ___ No ___
Has anyone taken things that belong to you without your OK?	Yes ___ No ___

Schofield, M. J., & Mishra, G. D. (2003). Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. *The Gerontologist*, 43(1), 110-120

Anexo XIV – Caregiver Abuse Screen (CASE)

Purpose: To screen for abuse through multiple sources, for instance, through caregivers, care-receivers, and/or abuse interveners, rather than only through professional reporting. It is designed specifically for community use.

Instructions: The CASE has eight items to ask informal caregivers of which “yes” or “no” are the answers. A caregiver may complete the questionnaire. A score of four or more on the CASE may be conservatively considered as suggestive of a higher risk for abuse. However, even a score of one can be indicative of abuse.

Please answer the following questions as a helper or caregiver:

- | | YES | NO |
|--|-----|-----|
| 1. Do you sometimes have trouble making (_____) control his/her temper
name of person
or aggression? | ___ | ___ |
| 2. Do you often feel you are being forced to act out of character or do things
you feel bad about? | ___ | ___ |
| 3. Do you find it difficult to manage (____)'s behavior? | ___ | ___ |
| 4. Do you sometimes feel that you are forced to be rough with (____)? | ___ | ___ |
| 5. Do you sometimes feel you can't do what is really necessary or what should
be done for (____)? | ___ | ___ |
| 6. Do you often feel you have to reject or ignore (____)? | ___ | ___ |
| 7. Do you often feel so tired and exhausted that you cannot meet (____)'s
needs? | ___ | ___ |
| 8. Do you often feel you have to yell at (____)? | ___ | ___ |

Reis, M., & Nahmiash, D. (1995). Validation of the caregiver abuse screen (CASE). *Canadian Journal on Aging, 14*, 45-60.

Anexo XV – The Modified Caregiver Strain Index (CSI)

Directions: Here is a list of things that other caregivers have found to be difficult. Please put a checkmark in the columns that apply to you. We have included some examples that are common caregiver experiences to help you think about each item. Your situation may be slightly different, but the item could still apply.

	Yes, On a Regular Basis=2	Yes, Sometimes =1	No=0
My sleep is disturbed (For example: the person I care for is in and out of bed or wanders around at night)	_____	_____	_____
Caregiving is inconvenient (For example: helping takes so much time or it's a long drive over to help)	_____	_____	_____
Caregiving is a physical strain (For example: lifting in or out of a chair; effort or concentration is required)	_____	_____	_____
Caregiving is confining (For example: helping restricts free time or I cannot go visiting)	_____	_____	_____
There have been family adjustments (For example: helping has disrupted my routine; there is no privacy)	_____	_____	_____
There have been changes in personal plans (For example: I had to turn down a job; I could not go on vacation)	_____	_____	_____
There have been other demands on my time (For example: other family members need me)	_____	_____	_____
There have been emotional adjustments (For example: severe arguments about caregiving)	_____	_____	_____
Some behavior is upsetting (For example: incontinence; the person cared for has trouble remembering things; or the person I care for accuses people of taking things)	_____	_____	_____
It is upsetting to find the person I care for has changed so much from his/her former self (For example: he/she is a different person than he/she used to be)	_____	_____	_____
There have been work adjustments (For example: I have to take time off for caregiving duties)	_____	_____	_____
Caregiving is a financial strain	_____	_____	_____
I feel completely overwhelmed (For example: I worry about the person I care for; I have concerns about how I will manage)	_____	_____	_____

[Sum responses for "Yes, on a regular basis" (2 pts each) and "yes, sometimes" (1 pt each)]

Total Score =

Thornton, M., & Travis, S.S. (2003). Analysis of the reliability of the Modified Caregiver Strain Index. *The Journal of Gerontology, Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), p. S129.

Anexo XVI – Artigo 72.º da Constituição da República Portuguesa

Constituição da República Portuguesa

PARTE I

Direitos e deveres fundamentais

TÍTULO III

Direitos e deveres económicos, sociais e culturais

CAPÍTULO II

Direitos e deveres sociais

Artigo 72.º

(Terceira idade)

1. As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.
2. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade.

Anexo XVII – Artigos da Constituição da República Portuguesa

Constituição da República Portuguesa

PARTE I

Direitos e deveres fundamentais

TÍTULO I

Princípios gerais

Artigo 12.º

(Princípio da universalidade)

1. Todos os cidadãos gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição.
2. As pessoas colectivas gozam dos direitos e estão sujeitas aos deveres compatíveis com a sua natureza.

Artigo 13.º

(Princípio da igualdade)

1. Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei.
2. Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual.

TÍTULO II

Direitos, liberdades e garantias

CAPÍTULO I

Direitos, liberdades e garantias pessoais

Artigo 24.º

(Direito à vida)

1. A vida humana é inviolável.
2. Em caso algum haverá pena de morte.

Artigo 25.º

(Direito à integridade pessoal)

1. A integridade moral e física das pessoas é inviolável.
2. Ninguém pode ser submetido a tortura, nem a tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanos.

Artigo 26.º

(Outros direitos pessoais)

1. A todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à protecção legal contra quaisquer formas de discriminação.
2. A lei estabelecerá garantias efectivas contra a obtenção e utilização abusivas, ou contrárias à dignidade humana, de informações relativas às pessoas e famílias.
3. A lei garantirá a dignidade pessoal e a identidade genética do ser humano, nomeadamente na criação, desenvolvimento e utilização das tecnologias e na experimentação científica.

4. A privação da cidadania e as restrições à capacidade civil só podem efectuar-se nos casos e termos previstos na lei, não podendo ter como fundamento motivos políticos.

Artigo 27.º

(Direito à liberdade e à segurança)

1. Todos têm direito à liberdade e à segurança.
2. Ninguém pode ser total ou parcialmente privado da liberdade, a não ser em consequência de sentença judicial condenatória pela prática de acto punido por lei com pena de prisão ou de aplicação judicial de medida de segurança.
3. Exceptua-se deste princípio a privação da liberdade, pelo tempo e nas condições que a lei determinar, nos casos seguintes:
 - a) Detenção em flagrante delito;
 - b) Detenção ou prisão preventiva por fortes indícios de prática de crime doloso a que corresponda pena de prisão cujo limite máximo seja superior a três anos;
 - c) Prisão, detenção ou outra medida coactiva sujeita a controlo judicial, de pessoa que tenha penetrado ou permaneça irregularmente no território nacional ou contra a qual esteja em curso processo de extradição ou de expulsão;
 - d) Prisão disciplinar imposta a militares, com garantia de recurso para o tribunal competente;
 - e) Sujeição de um menor a medidas de protecção, assistência ou educação em estabelecimento adequado, decretadas pelo tribunal judicial competente;
 - f) Detenção por decisão judicial em virtude de desobediência a decisão tomada por um tribunal ou para assegurar a comparência perante autoridade judiciária competente;
 - g) Detenção de suspeitos, para efeitos de identificação, nos casos e pelo tempo estritamente necessários;

- h)** Internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente.
- 4.** Toda a pessoa privada da liberdade deve ser informada imediatamente e de forma compreensível das razões da sua prisão ou detenção e dos seus direitos.
- 5.** A privação da liberdade contra o disposto na Constituição e na lei constitui o Estado no dever de indemnizar o lesado nos termos que a lei estabelecer.

TÍTULO III

Direitos e deveres económicos, sociais e culturais

CAPÍTULO II

Direitos e deveres sociais

Artigo 64.º

(Saúde)

- 1.** Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.
- 2.** O direito à protecção da saúde é realizado:
 - a)** Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;
 - b)** Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.
- 3.** Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:
 - a)** Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;

- b)** Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;
- c)** Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;
- d)** Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;
- e)** Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;
- f)** Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.

4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada.

Artigo 65.º

(Habitação e urbanismo)

- 1.** Todos têm direito, para si e para a sua família, a uma habitação de dimensão adequada, em condições de higiene e conforto e que preserve a intimidade pessoal e a privacidade familiar.
- 2.** Para assegurar o direito à habitação, incumbe ao Estado:
 - a)** Programar e executar uma política de habitação inserida em planos de ordenamento geral do território e apoiada em planos de urbanização que garantam a existência de uma rede adequada de transportes e de equipamento social;
 - b)** Promover, em colaboração com as regiões autónomas e com as autarquias locais, a construção de habitações económicas e sociais;
 - c)** Estimular a construção privada, com subordinação ao interesse geral, e o acesso à habitação própria ou arrendada;

- d)** Incentivar e apoiar as iniciativas das comunidades locais e das populações, tendentes a resolver os respectivos problemas habitacionais e a fomentar a criação de cooperativas de habitação e a autoconstrução.
- 3.** O Estado adoptará uma política tendente a estabelecer um sistema de renda compatível com o rendimento familiar e de acesso à habitação própria.
- 4.** O Estado, as regiões autónomas e as autarquias locais definem as regras de ocupação, uso e transformação dos solos urbanos, designadamente através de instrumentos de planeamento, no quadro das leis respeitantes ao ordenamento do território e ao urbanismo, e procedem às expropriações dos solos que se revelem necessárias à satisfação de fins de utilidade pública urbanística.
- 5.** É garantida a participação dos interessados na elaboração dos instrumentos de planeamento urbanístico e de quaisquer outros instrumentos de planeamento físico do território.

Artigo 67.º

(Família)

- 1.** A família, como elemento fundamental da sociedade, tem direito à protecção da sociedade e do Estado e à efectivação de todas as condições que permitam a realização pessoal dos seus membros.
- 2.** Incumbe, designadamente, ao Estado para protecção da família:
- a)** Promover a independência social e económica dos agregados familiares;
 - b)** Promover a criação e garantir o acesso a uma rede nacional de creches e de outros equipamentos sociais de apoio à família, bem como uma política de terceira idade;
 - c)** Cooperar com os pais na educação dos filhos;
 - d)** Garantir, no respeito da liberdade individual, o direito ao planeamento familiar, promovendo a informação e o acesso aos métodos e aos meios que o assegurem, e

organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes;

e) Regular a procriação assistida, em termos que salvaguardem a dignidade da pessoa humana;

f) Regular os impostos e os benefícios sociais, de harmonia com os encargos familiares;

g) Definir, ouvidas as associações representativas das famílias, e executar uma política de família com carácter global e integrado;

h) Promover, através da concertação das várias políticas sectoriais, a conciliação da actividade profissional com a vida familiar.

Anexo XVIII – Artigos 152.º e 152.º-A do Código Penal Português

Código Penal Português

(reforma de 2007)

LIVRO II

Parte especial

TÍTULO I

Dos crimes contra as pessoas

CAPÍTULO III

Dos crimes contra a integridade física

Artigo 152.º

(Violência doméstica)

1. Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais:

- a)** Ao cônjuge ou ex-cônjuge;
- b)** A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro ou uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação;
- c)** A progenitor de descendente comum em 1.º grau; ou
- d)** A pessoa particularmente indefesa, nomeadamente em razão da idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite; é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

2. No caso previsto no número anterior, se o agente praticar o facto contra menor, na presença de menor, no domicílio comum ou no domicílio da vítima é punido com pena de prisão de dois a cinco anos.

3. Se dos factos previstos no n.º 1 resultar:

a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos;

b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

4. Nos casos previstos nos números anteriores, podem ser aplicadas ao arguido as penas acessórias de proibição de contacto com a vítima e de proibição de uso e porte de armas, pelo período de seis meses a cinco anos, e de obrigação de frequência de programas específicos de prevenção da violência doméstica.

5. A pena acessória de proibição de contacto com a vítima deve incluir o afastamento da residência ou do local de trabalho desta e o seu cumprimento deve ser fiscalizado por meios técnicos de controlo à distância.

6. Quem for condenado por crime previsto neste artigo pode, atenta a concreta gravidade do facto e a sua conexão com a função exercida pelo agente, ser inibido do exercício do poder paternal, da tutela ou da curatela por um período de um a dez anos.

Artigo 152.º-A

(Maus-tratos)

1. Quem, tendo ao seu cuidado, à sua guarda, sob a responsabilidade da sua direcção ou educação ou a trabalhar ao seu serviço, pessoa menor ou particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença ou gravidez, e:

a) Lhe infligir, de modo reiterado ou não, maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais, ou a tratar cruelmente;

b) A empregar em actividades perigosas, desumanas ou proibidas; ou

c) A sobrecarregar com trabalhos excessivos;

é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

2. Se dos factos previstos no número anterior resultar:

a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos;

b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

Anexo XIX – Correspondência entre os tipos definidos de “condutas violentas” e os crimes previstos no direito português

Tipo de violência	Descrição da conduta em relação à pessoa idosa	Crime a que corresponde na Lei
Violência física	Agredir (por exemplo: empurrar, puxar, agarrar, amarrar, cortar, bater, atirar objeto, etc.) Trancar num quarto/compartimento ou impedir o acesso a toda a casa Ter uma incapacidade (por exemplo, dificuldades de locomoção ou défice cognitivo) e ser deixado(a) sozinho(a) por longos períodos de tempo, pondo em risco a sua segurança	Ofensas à integridade física Artigos 143.º a 147.º Sequestro Artigo 158.º Crime de abandono Artigo 138.º
Violência psicológica	Ameaçar de forma grave, abandonar, agredir, castigar, institucionalizar	Crime de ameaça/coação Artigos 153.º e 154.º
Violência sexual	Sujeitar, sem consentimento, a algum contacto do tipo sexual	Crime de coação sexual/violação/crime de abuso sexual de pessoa incapaz de resistência Artigos 163.º e 164.º, artigo 165.º
Violência financeira	Roubar ou utilizar objetos e/ou bens contra a vontade do proprietário desses bens Forçar ou obrigar a assinar um documento ou um qualquer papel que conceda direitos a si próprio Utilizar objetos e/ou bens sem autorização	Crime furto/roubo Artigos 203.º e 210.º Crime de burla/extorsão Artigos 217.º e 223.º Crime de abuso de confiança/abuso de cartão de crédito Artigos 205.º e 225.º
	Apropriação de domicílio, e.g., modificar mobília e decoração da casa, colocar objetos pessoais e/ou ocupar divisões da mesma sem autorização (apropriação de domicílio)	Sem previsão criminal correspondente
	Não contribuir para as despesas da casa depois de tal ter sido acordado e não havendo incapacidade económica para o fazer (não participação indevida nas despesas domésticas)	Sem previsão criminal correspondente
Negligência	Recusa no apoio às atividades da vida diária	Artigos 10.º e 15.º

Retirado de: Fonseca, R., Gomes, I., Lobato Faria, P., & Gil, A.P. (2012). Perspetivas atuais sobre a proteção jurídica da pessoa idosa vítima de violência familiar: contributo para uma investigação em saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 149-162.